Aus dem Westfälischen Zentrum
für Forensische Psychiatrie Lippstadt
Direktorin: Dr. med. Vera Schumann

INTRAINSTITUTIONELLE KARRIEREN STRAFRECHTLICH UNTERGEBRACHTER PSYCHIATRISCHER PATIENTEN

— Eine Untersuchung des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB im WLK Eickelborn —

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

Ljubomir Petrovic
aus Belgrad/Jugoslawien

~~1984~~
1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549619_0003

Aus dem Westfälischen Zentrum
für Forensische Psychiatrie Lippstadt
Direktorin: Dr. med. Vera Schumann

INTRAINSTITUTIONELLE KARRIEREN STRAFRECHTLICH UNTERGEBRACHTER PSYCHIATRISCHER PATIENTEN

- Eine Untersuchung des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB im WLK Eickelborn -

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

Ljubomir Petrovic
aus Belgrad/Jugoslawien

1984

1. Referent: Prof. Dr. med. W. Rasch

2. Referent: Prof. Dr. med. G. Bosch

Tag der mündlichen Prüfung: 27. Februar 1985

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	2
1.1.	Allgemeines	2
1.2.	Aktuelle Rechtsgrundlage	6
2.	Aufbau und Methode	9
3.	Rottlandbereich LK Eickelborn	13
3.1.	Zur allgemeinen historischen Entwicklung	13
3.2.	Geschichtliche Übersicht des Rottlandbereiches	13
3.3.	Räumliche Gegebenheiten	14
3.4.	Die Therapeuten	16
3.5.	Das Patientengut	18
4.	Die therapeutische Konzeptierung	19
4.1.	Zielsetzung des therapeutischen Vorgehens	19
4.2.	Stufenweise Förderung	20
4.3.	Bereichskonferenz	26
4.4.	Zusammenfassende Dokumentierung der Bereichskonferenz	27
5.	Stationsleben und forensische Therapie	28
5.1.	Psychotherapie	29
5.2.	Beschäftigungs- und Arbeits-training	33
5.3.	Unterricht	36
5.4.	Sportliche Aktivitäten	37
5.5.	Sonstige Aktivitäten	37
5.6.	Aus dem Alltag eines forensischen Patienten	38
5.7.	Freizeitgestaltung	42
5.8.	Alltag des Therapeuten	46

6.	Ergebnisse der eigenen Untersuchung	49
6.1.	Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Einweisung in den Maßregelvollzug	51
6.2.	Verlauf der Unterbringung	60
6.3.	Lockerungen	65
6.4.	Fehlentwicklung	72
7.	Zusammenhangsanalyse	77
7.1.	Aufnahmealter	77
7.2.	Dauer der Unterbringung	82
7.3.	Das Delikt	87
7.4.	Psychiatrische Diagnose	91
7.5.	Entwicklung von Opposition	92
7.6.	Entweichungen	94
7.7.	Verlegungen innerhalb des forensischen Bereichs	98
7.8.	Rückstufungen	104
7.9.	Hauptdiagnosen	106
7.10.	Beurlaubungen als höchste Lockerungsmaßnahme	117
7.11.	Entlassungsproblematik	119
8.	Zusammenfassung	123
8.1.	Zum forensischen Patient	124
8.2.	Forensischer Therapieverlauf	125
8.3.	Stufenweise Verlegungen	128
8.4.	Fehlentwicklung	133
8.5.	Entlassung	133
9.	Diskussion	136
	Literatur	145

==========

Vorbemerkungen

Sowohl dem Außenstehenden als auch dem im Maßregelvollzug tätigen Therapeuten wird der Lebensabschnitt eines nach § 63 StGB bzw. § 42 b StGB als wichtig und bedeutsam sein: Erscheint es zwar monoton, ist es doch geprägt durch eine innere Dynamik, die abwechslungsreich und polymorph, nicht selten erfüllt durch Gegensätzlichkeiten ist, die ins Absurde gehen.

Es sei hier zur Illustration ein Auszug eines Briefes von einem schon entlassenen Patienten zitiert: ".... Und nun liegt meine Entlassung schwarz auf weiß vor. Ich spüre komischerweise viel mehr Angst davor als jahrelang erwartete Freude. Unsere Menschenkenner, Pardon, Therapeuten haben dies auch diagnostizieren müssen..." Im gleichen Brief, weiter rückblickend auf die Zeit der Unterbringung, schreibt der Patient: "Und was ist daraus geworden, ich habe Dir schon mehrmals berichtet, wie ich hin- und herverlegt werde, ich bin davon schon müde geworden. Na ja, ich stelle jetzt aber fest, daß ich mittlerweile älter geworden bin, daß ich jede Ecke, jeden Pavillon hier kenne, daß ich jeden Therapeuten kenne und noch einiges. Und noch was, ich habe jetzt einen Vormund! Der soll mir helfen..." Und gegen Ende des Briefes: "... Meine Verbitterung wirst Du verstehen, wenn ich bedenke, daß wir damals beide gemeinsam die Straftat begangen haben, Du hast aber Deine Jahre im Knast abgesessen und jetzt schon eine Familie gegründet. Ich galt damals als gestört und noffte aber bei einer Therapie doch etwas zu profitieren..."

Diese Auszüge aus dem Brief eines schon entlassenen Patienten brauchen kein Prototyp der Stimmung eines forensischen Patienten zu sein, stellen aber andererseits in ihrer Grundeinstellung keine Seltenheit dar.

Das erlebte Schicksal eines forensischen Patienten im Maßregelvollzug prägt den zukünftigen Lebenslauf des strafrechtlich untergebrachten psychisch Kranken.
Diese "Karrieren" wurden zum Anlaß für die vorliegende Analyse.

1. Einleitung

1.1. Allgemeines

Im Rahmen der permanenten Entwicklung einer empirisch fundierten Naturwissenschaft machte die Medizin gerade in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte. Zahlreiche kritische Äußerungen, die von verschiedenen Seiten herkommen, begleiten untrennbar die Entwicklung der Psychiatrie und spiegeln damit eine Sonderstellung der Nervenheilkunde wider. Man kann fast von einer relativen Retardierung der Entwicklung in der Psychiatrie sprechen, um so mehr, wenn es sich um die forensische Problematik handelt.

Das menschliche Fehlverhalten stand im Brennpunkt der Verhaltensforschung, tief zurückschauend in die Geschichte der menschlichen Kultur bis in ihre Anfänge. Das Interesse an ethischen Normen und deren Philosophie erreichte bereit im klassischen Griechenland einen hohen Stand. Schon PLATON schrieb, daß Gerechtigkeit eine Tugend sei, die als moralische Disposition alle anderen verbindet. Für ARISTOTELES war die Gerechtigkeit die höchste von vier sogenannten Grundtugenden, im 5. Buch über die Gerechtigkeit schrieb er "Der Schlimmste ist also der, der gegenüber Freunden und sich selbst schlimm ist, der Beste aber ist nicht jeder, der zu sich selbst gut ist, sondern der, der zu Freunden gut ist, was aber schwer zu erreichen ist. Diese Gerechtigkeit ist also nicht Teil der Tugend,

sondern die Tugend ganz und im Gegenteil dazu, ist die Ungerechtigkeit kein Teil der Sünde, sondern die ganze Sünde".[1]

Eine Weltanschauung mit zugrundeliegenden ethischen Normen entwickelte sich im Rahmen philosophischer Strömungen und Richtungen, aus der sich die juristischen Normen immer deutlicher herauskristallisierten. Revolutionäre Bewegungen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts brachten auch radikale Revisionen in die Strafrechtsformulierung. In Mitteleuropa, insbesondere im deutschen Strafrecht, hat die Strafe Vergeltungscharakter, basierend auf den französischen Code Pénal, geprägt durch die deutsche idealistische Philosophie von HEGEL und KANT[2].

Im Strafgesetzbuch mit Rechtskraft vom 1. Januar 1892 basierte die Strafe auf Gerechtigkeit. Eine qualitative Erneuerung im Strafrecht war verknüpft mit dem Namen Franz von LISZT. Im Marburger Programm von 1883 bekam die Strafe einen sichernden, aber auch bessernden Charakter[3].
Damit eröffnete sich ein neues Kapitel der juristischen und medizinischen Zusammenarbeit und gleichzeitig entstand ein Aufeinanderangewiesensein, eine gesetzliche Gegebenheit, die keine versteinerte Formulierung bedeutete, sondern vielmehr einen Prozeß, der sich nach seiner Natur entwickeln mußte und nach weiteren Revisionen, Anpas-

---

[1] ARISTOTELES: 5. Buch über Gerechtigkeit (1129 b 26 - 1130 a 10), zitiert nach DJURIC, M.: Geschichte der hellenischen Ethik, BIGZ Belgrad 1976, S. 393.

[2] RITZEL, G.: Habilitationsschrift: Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher, Göttingen 1978, S. 6.

[3] S. A. (2) S. 7.

sungen, Verfeinerungen verlangte, ein Prozeß, der in die heutigen Tage reicht und auf keinen Fall als abgeschlossen zu betrachten ist.

Mehr orientiert am Jugendgerichtsgesetz von 1923 wird die Tendenz deutlich erkennbar, daß als Schwerpunkt die erzieherischen Maßnahmen angeregt wurden.

Mit den sogenannten "besonderen Maßregeln" vom 24.11.1933 wurde im deutschen Strafrecht eine Zweigleisigkeit eingeführt; neben die Strafe trat die Maßregel, die dem Schutz der Gesellschaft und der Resozialisierung des Täters dienen sollte[4]. Im Rahmen einer weiteren Verbesserung des Strafrechts im kriminalpolitischen Sinn wurde 1953 die Strafaussetzung zur Bewährung als weitere Möglichkeit vorgesehen. Die Resozialisierung des Täters trat noch deutlicher in den Vordergrund durch das am 1. April 1970 in Kraft getretene Strafrechtsreformgesetz. Das Zweite Strafrechtsreformgesetz sah die Möglichkeit vor, Freiheitsstrafen bis zwei Jahre auf Bewährung auszusetzen, und enthielt Bestimmungen zur Entwicklung von sozialtherapeutischen Anstalten[5]. Das gesellschaftliche Phänomen "psychisch kranker Straftäter" eröffnete sicherlich weitere Forschungsdimensionen, wenn man z. B. die Feststellung von BINSACK berücksichtigt, daß bei ihnen nur

---

[4] WITTER, H.: Grundriß der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin 1970, S. 195.

[5] WÜNNERLEIN, H.: Katamnestisch-psychopathologische Längsschnittuntersuchungen von Straftätern, die nach § 42 b StGB (alter Fassung) untergebracht worden sind. Diss. Kiel 1979, S. 1.

4% krimineller Belastung dabei vorliegen[6]. In der gleichen Studie wird weiter beschrieben, daß im Jahre 1969 in der BRD die Gesamtkriminalität ohne Straßenverkehrsvergehen 710044 Fälle betrug, davon sind "nur" 300 Einweisungen in psychiatrische Krankenhäuser. Dadurch ergibt sich, daß die Gesamtkriminalität mit zusätzlicher Krankheitsbelastung nur einen Prozentsatz von 0,042% aufweist, bei dem die Voraussetzungen für die Anwendung des damals formulierten § 42 b StGB gegeben waren. Die Zahlen demonstrieren, daß die kriminelle Gefährdung psychisch Kranker weitaus größer ist als die von ihnen ausgehende Gefährdung anderer.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde die Anwendung des Maßregelvollzugs in der BRD immer geringer, abgesehen von geringfügigen Nachschwankungen, was für die Nachkriegszeit statistisch zu verfolgen ist[7]. Die Gründe für die progrediente Abnahme der strafrechtlichen Einweisungen sprachen für bestehende Insuffizienz der Funktion, Auffassung und Anwendung der Maßregel und forderten zwingend bis zum heutigen Tage weitere Reformen, so daß trotz der statisch aussehenden Formulierungen ein dynamischer Änderungsprozeß durch jeden einzelnen Fall immer wieder zu erkennen ist.

---

6 BINSACK, H.: Längsschnittuntersuchungen bei nach § 42 b StGB untergebrachten männlichen Anstaltspatienten. Frankfurt, Diss. 1973, S. 10.

7 RASCH, W.: Gutachten zur Situation und Entwicklungsmöglichkeiten in der Durchführung des Strafvollzugs nach den §§ 63 und 64 StGB im forensischen Bereich des Westfälischen Landeskrankenhaus Eickelborn. Münster 1984, S. 22.

1.2. Aktuelle Rechtsgrundlage

Die praktische Arbeit der Therapeuten mit den ihnen anvertrauten forensischen Patienten hat Paragraphen zur Grundlage, deren praktische Bedeutung jedem Therapeuten sowie den Juristen bekannt sind. Sie seien aus dem Strafgesetzbuch in der Fassung vom 1.1.1975 zitiert:

§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.
Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist[8].

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung.
Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder wegen einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln [9].

---

[8] Strafgesetzbuch mit Änderungen des Gesetzes zur Bekämpfung der Umweltkriminalität. 19. Aufl. 1980, Beck-Texte im DTV (im weiteren Text: StGB), S. 55.

[9] StGB (s. 8), S. 40.

§ 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit.
Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln aus einem der in § 20 StGB bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 StGB gemildert werden[10].

Besonders wichtige Bedeutung für die alltägliche Arbeit eines Therapeuten mit forensisch-psychiatrisch Untergebrachten enthält der

§ 67 d StGB: Dauer der Unterbringung.
(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf über zwei Jahre nicht hinausgehen; die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt nach § 65 Abs. 1 StGB, 2, 5 und die erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung 10 Jahre.
Die Fristen laufen von Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.
(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.
(3) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt.
(4) Wird der Untergebrachte wegen Ablaufs der Höchst-

---

[10] StGB (s. 8), S. 41.

frist für die erste Unterbringung in der Sicherungsverwahrung entlassen, so tritt Führungsaufsicht ein[11].

§ 67 e StGB: Überprüfung.
(1) Das Gericht kann jederzeit überprüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen ist. Es muß dies vor Ablauf bestimmter Fristen überprüfen.
(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt 6 Monate, in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer sozialtherapeutischen Anstalt 1 Jahr.
(3) In der Sicherungsverwahrung beträgt die Frist 2 Jahre[12].

Aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch sind folgende Paragraphen wichtig:

Entmündigung:
§ 6 BGB: Entmündigt werden kann:

- Wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht besorgen kann,
- wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt,
- wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet[13].

---

[11] StGB (s. 8), S. 59.

[12] StGB (s. 8), S. 60.

[13] Bürgerliches Gesetzbuch, in Kraft ab 1.1.1980, 24. Aufl., Beck-Texte im DTV, S. 31 (im weiteren Text: BGB).

§ 1800 BGB: Personensorge.
Das Recht und die Pflicht des Vormundes ist für die Person des Mündels zu sorgen, bestimmen sich nach den §§ 1631-33[14].

§ 1631 BGB: Inhalt des Personensorgerechts; Einschränkung von Erziehungsmaßnahmen:
(1) Die Personensorge umfaßt insbesondere das Recht und die Pflicht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.
(2) Entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig.
(3) Das Vormundschaftsgericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen[15].

2. Aufbau und Methode

Nach orientierender Einleitung mit Übersicht der historischen Entwicklung folgen ein paar Worte über den Zugang zum analysierten Material der durchgeführten Analyse.

Untersucht wurden die durchgemachten bzw. abgeschlossenen Karrieren der nach § 63 StGB bzw. § 42 b StGB untergebrachten männlichen Patienten, die innerhalb von zwei einanderfolgenden Jahren (1981 und 1982) aus dem Maßregelvollzug des WLK Eickelborn entlassen worden sind.

Die Krankengeschichte der Patienten beinhaltet alle wichtigen Ergebnisse, die sich auf seinen intrainstitutio-

---

[14] BGB (s. 13), S. 348.

[15] BGB (s. 13), S. 315.

nellen Werdegang beziehen und bietet somit auch seine forensische Dokumentation. Die Krankengeschichte wird, wie zumeist in ähnlichen Institutionen, systematisiert, exakt, in einigen Abschnitten, geführt: Schon der Umschlag kann recht auffällig durch Farbkontraste wirken mit den sogenannten Aufklebern, die eine schnelle Information bieten, wie z. B.

- § 63 StGB
- § 126 a StPO
- entmündigt
- wiederbemündigt
- Beobachtungsfall
- Selbstmordgefahr
- Zahl der Entweichungen
- Beurlaubungen
- Hinweise wie: Vorsicht gleicher Name

Bei weiterem Blättern in der Krankengeschichte sind im ersten abgetrennten Abschnitt sämtliche Beschlüsse zu finden, dann folgt der Teil, in dem sich alle vorhandenen Gutachten befinden, danach chronologisch sortierte schriftliche Äußerungen des Patienten bzw. Schriftwechsel. Der nächste Teil beginnt mit dem Aufnahmebogen und chronologisch dargestelltem Verlauf aus der Sicht des psychiatrischen, kriminologischen, aber auch somatischen Bereichs, in Form von Pflegerberichten und zuständigem verantwortlichen Therapeuten. Dieser Teil enthält besondere Ereignisse, wie z. B. detaillierte Entweichungsberichte. Der Krankheitsverlauf wird durch bestimmte, mit rotem Stift gemachte Zeichen oder speziell dafür vorbereitete Stempel besonders auffällig gefertigt, wie z. B. ein neben das Datum der Eintragung gezeichnetes Glas als Symbol für "an dem Tag hat der Patient getrunken" oder aber in großgeschriebenen Buchstaben "E" mit der Bedeutung "entwichen" oder aber "B" für Beurlaubung. Die Krankengeschichte endet mit dem zusammengefaßten ausführlichen

Entlassungsbericht/Epikrise.

Aus dem Studium der Krankengeschichten sowie aus eigener Tätigkeit im forensischen Bereich kristallisierte sich ein speziell auf die Thematik der Arbeit zugeschnittener Fragebogen heraus:

Teil 1: Grunddaten

- Laufende Nummer
- Geburtsjahr
- Alter bei der Aufnahme, ausgedrückt in Jahren
- Dauer der Unterbringung in Monaten
- Das führende Delikt
- Das eventuell vorhandene zweitrangige Delikt
- Aktuelle erste psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt der Aufnahme
- Eventuelle zweite Diagnose

Teil 2: Vorgeschichte

- Ausgeübter Beruf
- Zahl der Vorstrafen
- Dominierendes Milieu vor der Straffälligkeit (wie: Elternhaus, eigene Familie, Heim, LKH, Gefängnis)

Teil 3: Therapeutisches Vorgehen im Maßregelvollzug

- Psychopharmakologische Therapie
- Einzelgespräche
- Gruppengespräche
- Beschäftigungs- und Arbeitstraining
- Besucherausgang
- Pflegergruppenausgang
- Gruppenausgang
- Einzelausgang

- Beurlaubung
- Einschlägige Vorfälle bei Gewährung der Lockerung
- Nichteinschlägige Vorfälle bei der Lockerung
- Zahl der Entweichungen
- Zahl der Entweichungen durch verlängerten Urlaub
- Zahl der Entweichungen unter pflegerischer Aufsicht, wie z. B. beim Pflegergruppenausgang, bei der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie, beim Sport, bei der Verlegung oder sonstiger pflegerischer Begleitung
- Zahl der Entweichungen ohne Therapeutenaufsicht
- Zahl der Entweichungen während der Therapie von interkurrenten Krankheiten
- Zahl der Entweichungen durch Ausbruch
- Information über Dauer der Entweichung
- Einschlägige und nichteinschlägige rechtswidrige Straftaten während der Entweichung
- Gestaltung der Entweichungszeit (zu Hause, arbeiten, zielloses Umherlaufen)
- Art der Rückführung nach der Entweichung (freiwillig, private dritte Person, Polizei bzw. JVA)
- Entwicklung der Opposition
- Anzahl der Verlegungen im forensischen Bereich
- Zahl der Rückstufungen
- Analyse der Rückstufung

Teil 4: Entlassungsprobleme

Nach der Verschlüsselung erfolgte eine maschinelle Bearbeitung der Daten. Die in der Analyse erhobenen Resultate aus der Sicht einzelner Fragestellungen sind tabellarisch ausgewiesen. Die Interpretation der Daten orientierte sich an statistischen Signifikanzen, die mindestens das 5% Niveau erreicht hatten.

3. Rottlandbereich LK Eickelborn

3.1. Zur allgemeinen historischen Entwicklung

Bei der Suche nach optimalen Unterbringungsarten der Patienten nach strafrechtlichen Bestimmungen kristallisierten sich aus historischer Sicht verschiedene Richtungen. Durch Bemühungen der psychiatrischen Krankenanstalten um eine Liberalisierung wurden Verwahrhäuser innerhalb der Irrenanstalten zu Beginn dieses Jahrhunderts errichtet. Gleichzeitig entstand die Überlegung, wie die gesetzliche Sicherung der Allgemeinheit vor gemeingefährlichen Geisteskranken durchzuführen ist. Mit unverminderter Aktualität gehen diese Überlegungen bis heute in zwei Richtungen: justizeigene Anstalten oder psychiatrische Krankenhäuser, d. h. Zentralisierung einerseits versus Integration andererseits[16].

3.2. Geschichtliche Übersicht des Rottlandbereiches

Die ersten Ideen, einer 50 Jahre alt werdenden Anstalt eine Aufgabenerweiterung zu erteilen und die forensische Abteilung zu formieren, folgten einerseits dem Gesetz und dem dringenden Bedarf, dieses Patientengut unterzubringen und andererseits aus den baulichen Möglichkeiten, die das WLK Eickelborn der zuständigen Generalstaatsanwaltschaft in Hamm anbieten konnte. Somit erfolgten die ersten Unterbringungen nach strafrechtlichen Bestimmungen am 21.04.1934 nach dem Beschluß der Generalstaatsanwaltschaft in Hamm für den Bereich Ostwestfalen. Von 7 dem Träger zur Verfügung stehenden - damals - Heil- und Pflegeanstalten stand Eickelborn an erster Stelle, weil diese Anstalt ein gesichertes Bewahrhaus mit 52 Betten hatte[17].

---

[16] S. A. 7, S. 26-32.

[17] S. A. 7, S. 42.

In den nachfolgenden Jahren nahm die Zahl der Untergebrachten rapide zu, so maximum 1965 mit 730 Männern[18].

Eine relativ große Zunahme an strafrechtlich Untergebrachten wurde parallel nicht nur durch entsprechende räumliche Erweiterungen begleitet, sondern eher noch durch eine teilweise Verwachsung mit den allgemeinen psychiatrischen Teilbereichen. Man tendierte dazu, immer wieder klarzustellen, wo die Grenze zwischen beiden Teilen ist. Es ist sehr selten ein forensischer Patient im allgemeinen psychiatrischen Krankenhausbereich untergebracht gewesen, wohl aber kam es in umgekehrter Form häufiger vor.
Der forensische Teil sowie das ganze Landeskrankenhaus ist eine geschlossene Einrichtung, mit einigen halboffenen aber auch offenen Stationen, was hausintern geregelt wird. Zur Frage des Namens "Rottland" unter forensisch untergebrachten Patienten kreist die Version, daß der Träger der Einrichtung in landschaftlich reizvoller Gegend auf ein Stück fruchtlosen Gebietes gestoßen ist, so daß man zu dem Entschluß gekommen sei, gerade hier auf diesem fruchtlosen Boden sollen "unsere Jungs" untergebracht werden; betonen die Patienten, mit Galgenhumor auf eine symbolische Bedeutung verweisend.

3.3. Räumliche Gegebenheiten

In ländlicher Gegend, entfernt von Großstädten, erstreckt sich unser Anstaltsgelände. Gärten, Parks, Erholungs- und Unterhaltungseinrichtungen, aber auch die notwendigen öffentlichen Einrichtungen sowie nicht zuletzt die Wohnkomplexe der Bediensteten imponieren auf den ersten Blick als eine harmonisch funktionierende Wohngemeinschaft.

---

[18] S. A. 7, S. 43-44.

Verstreut darunter befinden sich Pavillons mit untergebrachten forensischen Patienten.

Beim Skizzieren der Lebensräume von unseren forensischen Patienten ist es angebracht, beim Festen Haus anzufangen; hier beginnt auch die Karriere. Ein geräumiges, gesichertes Gebäude, mit Möglichkeiten der Belegung auf zwei Stockwerken wie bei allen Gebäuden in unserem forensischen Bereich (bis auf eine Ausnahme mit drei Stockwerken), mittendrin ein relativ kleiner Garten, der wiederum mit großen Mauern umgeben ist, wobei die Außenfassade der Mauern teilweise ornamentartig gearbeitet ist, ohne Stacheldraht.

Nach durchgeführten Umbaumaßnahmen wurden die Innenräume wesentlich freundlicher gestaltet. Das ganze Haus beinhaltet zwei relativ selbständige Funktionseinheiten, die, wie im ganzen Bereich, etagenmäßig bestimmt sind. Im Festen Haus verfügt jede Station über 10 Einzelzimmer, die übrigen 52 Betten sind verteilt, pro Station 26 Betten. Das Bedrückende, nicht nur für einen Außenstehenden, ist die Tatsache, daß Funktionsräume wie Schlaftrakt, Tagesräume, Behandlungsräume zusätzlich mit Gittertüren versehen sind, die ständig verschlossen bleiben. Die übrigen Stationen sind verteilt in vier Altgebäuden, die zum größten Teil neu umgebaut sind oder besser gesagt, ständig umgebaut werden: 15 Zimmer mit 2 Betten, 27 Zimmer mit 3 Betten, 22 Zimmer mit 4 Betten und 7 weitere Zimmer mit 5 Betten. Außerhalb des Festen Hauses befinden sich noch zwei Kriseninterventionsräume; die Bauweise ähnelt allgemeinen psychiatrischen Pavillons, mit entsprechendem Garten und stufenweiser Abnahme der Umzäunung. Die bauliche Gestaltung korreliert eng mit der Funktion der jeweiligen Station.

Funktionsmäßig stellen die zwei Wachstationen jeweils "a" und "b", die nächste Lockerungsstufe dar. Beide Wach-

stationen sind von außen durch Gitter an sämtlichen Fenstern abgesichert, Kommunikationstreppenräume haben ebenfalls vergitterte Fenster. Auf der Wache "a" ist nach dem Umbau das Gitter aus sehr hartem Material, so daß ein Ausbruch, etwa durch Sägen, auf das geringste reduziert ist.Die Wache "b" ist mit "Butter-Gittern" versehen, wie sie im hiesigen Jargon genannt werden, deren einzelne Stangen erfahrungsgemäß in 9,5 Minuten durchgesägt werden können. Die Wache "b" besitzt 2 Kriseninterventionsräume. Kriseninterventionsraum 1 wird für kurzfristige Isolation verwendet, höchstens bis zu 4 Stunden ununterbrochen, die Innentür ist gepolstert, der Patient kann sich jederzeit beim Pfleger melden. Kriseninterventionsraum 2 ist ein geräumiges Zimmer mit Wasserleitung und Toilette, geplant für längerfristige Isolationen, aber für höchstens 24 Stunden ununterbrochen, mit ebenso gepolsterter Türinnenseite und auch der Möglichkeit, sich jederzeit beim Pfleger zu melden.

Die nächste Ebene des Lockerungssystems stellen drei Einheiten dar, die als Bereitschaftsstationen eingestuft werden. Es gibt ein Jugendzentrum mit den Stationen "a" und "b", als Gegensatz dazu ein chronischer Bereich mit den Stationen "a" und "b" und dazwischen liegt das Sexualzentrum mit den Stationen "a" und "b".

3.4. Die Therapeuten

Zur Erfüllung der komplexen Aufgabe der forensischen Therapie, die Auftrag des Maßregelvollzugs ist, gibt es ein breitgefächertes Personal. Die größte Gruppe besteht aus dem Pflegepersonal mit ein- und dreijähriger Ausbildung, außerdem die Krankenpflegeschüler in verschiedenen Ausbildungsstufen. Bei stationär untergebrachten Patienten erreichen die Pfleger die beste Kontaktfläche (vgl. S.47), begünstigt durch den Schichtdienst. Die höchste pflegerische Dichte wird im Festen Haus erreicht, danach folgt

die Wachstation mit 4 Pflegern pro Schicht tagsüber und am Ende die Bereitschaftsstation mit 2 Pflegern pro Schicht.

Als weitere Therapeuten sind zu nennen: 5 Diplom-Psychologen, 2 Assistenzärzte, 2 Fachärzte, 3 Sozialarbeiter. Im forensischen Bereich sind außerdem je 1 Diplom-Pädagoge, Sporttherapeut, staatlich geprüfter Motopäde, jeweils 1 evangelischer und katholischer Pfarrer.

Bei einer gezielten sich auf den Maßregelvollzug richtenden Untersuchung, sind die akzessorisch-medizinischen Einrichtungen ausgeklammert; eine allgemeine Klinik für die somatische Behandlung bei interkurrenten Krankheiten ist dem Krankenhaus angeschlossen.

Eine spezielle Ausbildung existiert für die erwähnten Berufsgruppen nicht; es scheint der Praxis überlassen, daß jeder einzelne Therapeut sich spontan durch den Alltag in das existierende Modell einfügt und die Richtlinien nachvollzieht. Neben aktiven Besuchen an forensischen Seminaren und auch Fortbildungen bei erstaunlich geringen Kontakten mit vergleichbaren Einrichtungen (was sich auf permanenten Personalmangel zurückführen läßt), gewinnt man den Eindruck, daß doch der Alltag als konkrete Praxis die beste Theorie ist. Die Verrichtung der alltäglichen Arbeit geht bei allen Berufsgruppen weitgehend aus dem eng beruflichen in das spezifisch Forensisch-Psychiatrische sehr vielseitig hinein, hier finden alle Therapeuten gemeinsame Berührungspunkte. So bildet das therapeutische Team eine wesentlich harmonisch funktionierende Organisation, trotz aller Differenzen in der Berufsausbildung. Im Gegenteil, vielmehr imponiert die Wirkung der allgemeinen Persönlichkeit jedes einzelnen Therapeuten auf die Zusammenarbeit als deren Berufsbezeichnung im engeren Sinn. Die Kompetenz wird somit die entscheidende Qualität des Therapeuten und diese entwickelt sich durch Erfahrung.

3.5. Das Patientengut

Diese Studie untersucht den Zeitraum vom 1.1.1981 bis 31.12.1982. Die Zahl der männlichen psychisch kranken Straftäter nach § 63 StGB verringerte sich in dieser Zeit von 279 auf 226 Patienten, da in der zweiten Hälfte 1982 28 Patienten ins benachbarte WLK Benninghausen verlegt wurden, das auch im regionalen Maßregelvollzugsplan steht.

Schumann fand im Jahre 1979 in der Querschnittsuntersuchung im WLK Eickelborn[19] unter allen Untergebrachten als Haupt-Diagnosen (N = 312):

	N	%
Endogene Psychosen	90	28,8
Hirnorganische Störungen	53	17,0
Sexuelle Deviationen	15	4,8
Sucht	9	2,9
Persönlichkeitsstörungen	145	46,5
	312	100,0

In diesem Lebensabschnitt der Unterbringung in eine künstlich geschützte Umgebung gibt es für jeden einzelnen Patienten tagtäglich viele Erlebnisse, die eine eigene innere Dynamik widerspiegeln, wenngleich der Außenstehende den Eindruck gewinnen kann, "in dieser Wüste spielt sich nichts ab, es herrscht Leere."

---

[19] SCHUMANN, V.: Psychisch kranke Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. - Eine Querschnittsuntersuchung im WLK Eickelborn, Diss. 1983, Münster, S. 29.

4. Die therapeutische Konzeptierung

> "Gibst Du jemandem einen Fisch, nährt
> er sich nur einmal. Lehrst Du ihn aber
> das Fischen, nährt er sich für immer".
> (Orientalische Weisheit)

Ein festes Konzept existiert nicht. Vielmehr sind es Richtlinien, die die Arbeit im Maßregelvollzug Eickelborn bestimmen.
In der Literatur der forensischen Psychiatrie steht schon lange fest, daß der theoretische Schwerpunkt weitgehend die Diagnostik prägt, weniger die konkrete, praktische Therapie. Jeder Versuch, ein konkretes Modell aufzubauen und darin strikt, jedoch auch mit notwendiger Flexibilität zu handeln, wirkt als Pionierarbeit. Das stellt sich für die Praxis doch recht schwierig dar.

Wie sieht unser Modell aus?

4.1. Zielsetzung des therapeutischen Vorgehens

Die permanenten Anstrengungen der täglichen Arbeit des ganzen Therapeutenteams sind dadurch gekennzeichnet, den juristischen Auftrag der "Besserung und Sicherung" optimal und korrekt durchzuführen. Vom Tag der Aufnahme des forensischen Patienten bis zum Tag, an dem man erwägt, die richterliche Anfrage "ob man schon wagen kann, zu erproben, den Untergebrachten auf Bewährung zu entlassen", bejahen zu können, steht in der Regel ein langer Weg, die Zeit, die für den Untergebrachten am meisten Hoffnung auf eigene Besserung durch die Therapie bedeutet. Die einheitlichen Richtlinien aufzubauen und sie strikt zu handhaben, wurde schon mehrmals auch in schriftlicher Art versucht zu formulieren. Vom Tag der Aufnahme eines neuen unbekannten

oder auch von früher bekannten Patienten, fängt die forensische Therapie unter zunächst hochgesicherten Bedingungen an. Parallel mit dem Therapieablauf erfolgen die Lockerungsmaßnahmen, geprägt durch Förderungen, aber auch Forderungen. Das Hauptprinzip dabei oder wie man im hiesigen Jargon sagt "unsere Philosophie" beinhaltet "Freiheitsgewährung soviel wie möglich - Sicherung so wenig wie notwendig". Und so bis zur Entlassung. Ein allumfassendes Konzept wurde bislang nicht entwickelt. Dies dürfte angesichts der großen Variationsbreite der bei den untergebrachten Patienten bestehenden Zustandsbildern auch nur schwer angemessen zu realisieren sein. Das Konzept würde entweder zu sehr im Grundsätzlichen steckenbleiben oder sich in Details verlieren, ohne jedoch wirklich jeder Möglichkeit Rechnung tragen zu können. Die Praxis orientiert sich an einer stufenweisen Förderung, das im folgenden dargestellt werden soll.

4.2. Stufenweise Förderung

Aus den gesetzten therapeutischen Richtlinien ergibt sich für die Praxis das Prinzip der stufenweise Förderung. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen beinhaltet die stufenweise Förderung, individuell jeden Untergebrachten im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft zu stimulieren, unterstützen, leiten, überwachen und seine Entwicklung zu beeinflussen, so daß er die höhere bzw. nächste Stufe der Therapie erreichen kann. Sie sollte nicht, wie es für einen Außenstehenden aussehen kann, nur eine sprunghafte Verlegungsprozedur sein. Die stufenweise Förderung erfolgt zunächst vom Festen Haus zur Wachstation, dann zur Bereitschaftsstation; es läuft eine stufenlose Entwicklung jedes einzelnen Patienten innerhalb seiner aktuellen Station ab.

Jede Station in unserem Maßregelvollzug funktioniert als eine relativ selbständige Einheit, die aber ihr gestellte Aufgaben untrennbar von der ganzen Kette im stufenweisen Konzept erfüllen soll.

Sobald der verantwortliche Therapeut als Stationsleiter bei der Gesamtbeurteilung des einzelnen Untergebrachten vom Aspekt der Besserung und Sicherung aus der Meinung ist, daß der Betroffene sich schon so weit entwickelt hat, daß eine Verlegung bzw. Förderung vertretbar erscheint, werden zuerst im Rahmen einer Stationsbesprechung mit anderen Therapeuten, aber auch zusammen mit Patienten, anschließend im Rahmen der Hauskonferenz und abschließend in der Bereichskonferenz weitere therapeutische Förderungsmaßnahmen ausführlich in Erwägung gezogen.

Die stufenweise Förderung beinhaltet eine wesentliche räumliche Veränderung im therapeutischen Milieu ins vollkommen Neue und Unbekannte. Die Trennung vom alten Milieu geht jedoch auch mit allen menschlichen Schwierigkeiten - die dabei zu erwarten sind - einher. Es gibt relativ wenig Patienten, die dies durch das "Denken an die Zukunft" ohne weiteres verkraften.

Eine Förderung ist in der Regel nicht nur vom Betroffenen, sondern auch von anderen Mitpatienten, aber auch vom Therapeuten und nicht zuletzt von Gerichten als ein Synonym für vermehrte Freiheitsgewährung geworden und bedeutet insgesamt eine Lockerungsmaßnahme, fast eine Belohnung für die erzielten Erfolge auf der vorherigen therapeutischen Stufe. Selten wird dies als zusätzliche Verantwortung und eigentlich als eine Forderung verstanden, nämlich: wie geht man mit vorsichtig dosierter Freiheit um, die vor der Einweisung selbstverständlich war. Nach längerzeitiger geschlossener Unterbringung bekommt sie vollkommen neue

Qualität. Ein drastischer Freiheitsentzug und die Unterbringung unter geschlossenen Bedingungen fordern eine erhebliche Anpassung und Umstellung des Lebens.

Nach einer gewissen Phase des Freiheitsentzugs wird die gewährte Freiheit dann eine selbstverständliche Angelegenheit, die jedoch ihre Vorbereitung und gründliche Ausarbeitung benötigt.

Die stufenweise Therapie beinhaltet andererseits auch Rückstufungen. Aus verschiedenen Gründen kann ein Patient heruntergestuft werden auf die vorherige Stufe, aber auch auf eine ihm noch unbekannte Vorstufe. Die Rückstufungen erfolgen im Alltag als Resultat einer akuten Situation - daher schnell, nicht selten mit Zwangsmaßnahmen und entsprechendem Personalaufwand.

Die Aufnahme auf einer Station enthält grundsätzlich einen vorübergehenden Charakter. Vom ersten Tag an denkt man, Therapeut sowie Patient, an das Weiterkommen zur nächsten Stufe oder überhaupt: was weiter. Man versucht seltener einen konkreten Zeitplan auszuarbeiten, der keine absolute Abmachung darstellt, viel eher wird nur orientierend und nach Möglichkeit konstruktiv stimulierend gearbeitet. Durch ein solches dynamisches Vorgehen scheint eher das Wort "neue Chance" oder "Versuch unter neuen geförderten Bedingungen" angebracht, als einfach "Verlegung", die etwas mehr Abgeschlossenes bedeutet. Es ist keineswegs eine endgültige Entscheidung, viele Fäden verbinden den Patienten mit dem alten Milieu.

Eine Förderung erfolgt nie gegen den Willen des Patienten, wohl aber Rückstufungen. Diese Behauptung muß aber bedingt verstanden werden, ausgenommen werden eine ganze Reihe von hospitalisierten Patienten, in erster Linie Psychotiker,

aber auch Oligophrene und hirnorganisch Geschädigte. Sie stellen damit ein erhebliches Hindernis beim reibungslosen gleichmässigen Ablauf der stufenweisen Förderung dar.

Im Rahmen der Förderung gehört in unseren Maßregelvollzug die Prozedur der Ausgangspolitik. Es handelt sich um weiterführende Lockerungsmaßnahmen, die das Feste Haus und Wachstationen nicht betreffen, wohl aber nuanciert alle Bereitschaftsstationen. Die erste Stufe in einem solchen Lockerungsversuch ist der Pflegergruppenausgang. Es wird versucht, als Faustregel "Prophylaxe durch pflegerische Rekonstruktion der Familie" durchzuführen. Es handelt sich dabei um Gruppenausgang von zumeist 2-4 Patienten, höchstens bis 7, die unter pflegerischer Aufsicht während des Ausgangs stehen. Der Ausgang dauert 1-2 Stunden. Diesen Status behalten die Patienten relativ lange Zeit, weil durch die Aufsicht viele Informationen über den Patienten zu bekommen sind: wie er sich verhält in seinem ersten Kontakt in extramuraler Umgebung, mit "Freiheit". Individuell verschieden, dauert dieser Status meistens 3-6 Monate. Der Ausgang wird regelmäßig an Wochenenden oder Feiertagen durchgeführt.

Selbst eine solche Förderungsmaßnahme beinhaltet in ihrer Feinnuancierung ein diskretes stufenweises Programm: Der Pfleger überwacht die ganze ihm anvertraute Gruppe, entscheidet aber selbst an Ort und Stelle und allmählich nach eigener Erfahrung mit der Gruppe, inwieweit und dann bei welchem Patienten er im Rahmen des gewährten Pflegergruppenausgangs welche Form von Lockerung noch weiter zulassen kann. Eine strikte Überwachung findet am Anfang statt. Nach weiterer Entwicklung entscheidet der Pfleger, inwieweit jeder einzelne Patient während eines solchen Ausgangs sich von ihm bzw. von der Gruppe entfernen kann, inwieweit er selbständig sein kann. Das kommt besonders zum Vorschein beim Benutzen von verschiedenen Räumen im

Sozialzentrum, andere Unterhaltungsräume oder einfach in freier Natur. Am Ende dieser Lockerungsmaßnahme wird der Ausgang so veranstaltet, daß der Pfleger nur Bescheid weiß, wo der Patient sich aufhält und zur vereinbarten Zeit treffen sich die beiden, um zusammen zur Station zu kommen.

Als gleichwertig wird relativ seltener Besucherausgang eingestuft, dabei übernehmen zumeist die Familienangehörigen, Vormünder, oder Mitglieder von Selbsthilfegruppen die Rolle eines Aufpassers mit der Verantwortung, die durch Reversunterschrift belegt wird. Anschließend wird versucht, vom Besucher sowie vom Pflegepersonal regelmäßig Berichte zu erhalten, wie ein solcher Lockerungsversuch verlaufen ist.

Die zweite Ausgangsstufe stellt einen großen Sprung mit Risiko dar, weil es sich um sogenannten Gruppenausgang handelt. Dabei existiert keine Aufsicht von seiten eines Therapeuten; die Patienten sind angewiesen, selbst aufeinander aufzupassen und dafür zu sorgen, daß der Ausgang reibungslos verläuft. Es wird stets versucht, mit Einverständnis jedes einzelnen Patienten, die Gruppen von 2 bis höchstens 4, zumeist 3 Patienten, zusammenzusetzen, die zunächst 2 Stunden Ausgang geniessen sollen. Nach einigen Wochen, zumeist 8 Wochen eines solchen Status, bedeutet die zeitliche Verlängerung auf drei und am Ende vier Stunden eine weitere Vergünstigung bzw. Lockerung. Die jeweiligen Unterstufen dauern durchschnittlich 2-4 Monate.

In der Praxis läuft die Lockerungsmaßnahme leider nicht so ab, wie man sie sich theoretisch vorstellt, viel eher trennen sich unkontrolliert die Mitglieder einer Gruppe, so daß nicht selten Gruppenausgang als Institution nur "auf dem Papier" steht, während in der Realität es eigentlich schon ein Einzelausgang ist.

Die dritte Lockerungsstufe verläuft in Form von Einzelausgang, der die gleichen Unterstufen zeigt, von 2 Stunden über 3 Stunden, dann 4 und am Ende 6 Stunden Ausgang. Die Ausgangspolitik sieht vor, daß räumlich ein solcher Ausgang nur im Gelände erlaubt ist. Der längste Einzelausgang kann nach Hausbesprechung, ausnahmsweise nach Bereichskonferenz, in die benachbarten Städte gehen. Die Tatsache, daß eine solche Maßnahme der Entscheidung der zuständigen Bereichskonferenz als höchster verantwortlicher Institution bedarf, spiegelt die Mentalität der benachbarten Bevölkerung wider: Man hat sich schon damit abgefunden, daß man mit dem freien Ausgang von psychisch kranken Straftätern leben muß; die Bevölkerung der benachbarten Städte (13 km bzw. 8 km entfernt) erscheint gegenüber dieser Tatsache noch hochempfindlich, daher die entsprechende Reaktion.

Entsprechend der Hausbesprechung und auch Hausordnung wird hierfür das gleiche vom Patienten u.a. erwartet: keinen Alkoholgenuß, im übrigen sich ordentlich zu verhalten. Selbstverständlich wird zunächst der Ausgang abgebrochen sobald etwas Merkwürdiges während einer Lockerung vom Patienten selbst oder der Aufsicht bemerkt werden sollte.

Die vierte Stufe der Lockerung stellt die Beurlaubung mit mindestens einer Übernachtung dar, wozu man nicht nur die Bereichskonferenz, sondern auch die zuständige Staatsanwaltschaft einschalten muß. Selbstverständlich muß auch in diesem Fall die Zusage bzw. Garantie über die Gestaltung und Ablauf des vorgesehenen Urlaubs des Betroffenen geregelt werden.

Die fünfte Stufe im Rahmen unserer Lockerung ist der sogenannte Arbeitsurlaub, bei dem auch nach Empfehlung von der Bereichskonferenz und mit schriftlicher Genehmigung

der zuständigen Staatsanwaltschaft der Patienten am meisten sich selbst überlassen ist. Dies ist die höchste Bewährungsprobe für den Patienten, in der Öffentlichkeit unter Beweis zu stellen, daß er sich eigenverantwortlich um Unterkunft und Arbeitsplatz bemühen kann.

4.3. Bereichskonferenz

Das Zusammentreffen von Vertretern aller Stationen findet regelmäßig statt, mindestens einmal in der Woche, nicht selten zweimal, in akuten Fällen auch öfter. Die Bereichskonferenz wird durch den verantwortlichen Bereichsleiter geleitet und funktioniert nach dem Modell einer Fallvorstellung; in der Regel persönliche Fallvorstellung, seltener eine Fallbesprechung. Ziel einer solchen Vorstellung ist weniger die Diagnose, sondern bei Vorliegen einer konkreten Fragestellung entsprechende Beschlüsse. Eine globale Bereichskonferenz kommt zu den täglich ablaufenden Hauskonferenzen hinzu.

Die Fragestellungen sind vielseitiger Art, sie kommen entweder auf Wunsch des Patienten aber auch vom Therapeuten, beziehen sich auf bestimmte Patienten oder auf bestimmte Angelegenheiten aus dem Stationsleben. Nach allseitiger Diskussion wird in Erwägung gezogen, welche Entscheidung als angebracht erscheint. Es findet keine Abstimmung, sondern eher eine spontane Diskussion von Pro- und Kontra-Analysen statt.

Der Beschluß der Konferenz ist verbindlich für alle Teilnehmer, die Verantwortung trägt der Bereichsarzt, bestimmt nach einer Übergangsregelung (Abkommen zwischen der Oberstaatsanwaltschaft in Hamm und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe).

4.4. Zusammenfassende Dokumentierung der Bereichskonferenz

Das Protokoll erfolgt in schriftlicher Form. Wiedergegeben wird die auf der Bereichskonferenz angesprochene Thematik. Sie enthält: Datum, Ort bzw. Station, wo die Bereichskonferenz abgehalten wurde, Anwesende und anschließende Fallbesprechung nach Punkten.

Jeder Fall wird in seiner Aktualität in Zusammenhang mit konkreter Fragestellung kurz skizziert, wonach der konkrete Beschluß erfolgt.

Zum Protokollführen oder -schreiben sei noch erwähnt, daß es sich dabei nicht um eine außenstehende Schreibkraft handelt, sondern nach dem Prinzip der Rotation sind alle Teilnehmer daran beteiligt. Man ist sogar der Meinung, daß gerade die neuen Therapeuten durch die Protokollführung im Bereich längere Zeit den Posten behalten sollen, um schneller an die spezifische Problematik des Bereichs herankommen zu können. In Gesprächen mit teilnehmenden Therapeuten gewinnt man den Eindruck, daß man die wirkliche Problematik erst nach längerer Zeit solcher "Protokollführung" kennengelernt hat, so daß im Schnitt nach einem Jahr der ununterbrochenen praktischen Arbeit im Maßregelvollzug man "den Laden" kennt. Gleichzeitig und im Gegensatz dazu hört man auch von Therapeuten, daß nach sehr vielen Jahren der Praxis trotzdem überraschende Momente kommen, man muß auch zugeben, daß man nicht immer weiß, was das Optimale bei der Entscheidung in einer konkreten Angelegenheit ist.

Das Protokoll kann andererseits nicht - aus praktischen Gründen - alle Finessen der Diskussion umfassen, die eigentlich tief in das Theoretische geht, philosophische Züge enthält und in der letztendlich spontan eine wissen-

schaftliche Auseinandersetzung entsteht. Aus praktischen Gründen muß man zu der konkret vorliegenden Problematik zurückkehren und den vertretbaren Beschluß fassen.

5. Stationsleben und forensische Therapie

> "Es gibt auch Themen, über die bei Tagungen und wissenschaftlichen Kongressen wenig oder gar nicht gesprochen wird. Warum sollte man auch z. B. über die Probleme der "geschlossenen Unterbringung" in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sprechen, - belastet schon der Gedanke, daß Kinder und Jugendliche überhaupt eingeschlossen werden müssen"[20].

Jede Station besitzt eine entsprechende Hausordnung, die den Rhythmus des alltäglichen Ablaufs auf der jeweiligen Station regelt. Es wird dem Patienten bekanntgegeben, was von ihm erwartet wird, wann er aufstehen, sich waschen, frühstücken soll, Therapieteilnahme, Arbeits- bzw. Beschäftigungstraining, Sportregelungen, sonstige Aktivitäten auf der Station usw. Die Hausordnung beinhaltet auch Bestimmungen, die durch die Verwaltungsvorschriften gegeben sind, z. B. die Brief- und Paketkontrolle. Auszahlungsregelungen der "Heimatbehörde" werden regelmäßig ohne Einschränkungen in Höhe von 80 DM gezahlt (diese Summe wurde 1983 auf 101,80 DM pro Monat erhöht). Der Arbeitslohn beträgt höchstens 55 DM im Monat. Die Bestellungen werden durch die Hausordnung auch erfaßt. Telefonische

---

[20] MACHETANZ, E.: Probleme der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nach einem Vortrag gehalten am 8.9.82 vor der "Akademie für ärztliche Fortbildung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe im WLK Haard in Marl-Sinsen, zitiert aus dem Westfälischen Ärzteblatt 11/82, S. 905.

Kontakte sind möglich, im Festen Haus und auf den Wachstationen geschieht dies auf der Station, für die Bereitschaftsstationen steht eine öffentliche Telefonzelle im Gelände zur Verfügung.

Die Hausordnung setzt selbstverständlich ein ordentliches Verhalten des Patienten auf der Station voraus, trifft dies nicht zu, müssen sofort entsprechende Maßnahmen getroffen werden.

5.1. Psychotherapie

Die zentrale Stellung des therapeutischen Vorgehens nimmt die Psychotherapie ein. Zum psychotherapeutischen Verfahren sei auf die Definition von STROTZKA verwiesen: "Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktionaler Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/-oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhalten"[21]. Was theoretisch deutlich formuliert ist, wird in der Praxis nur schwer umsetzbar, besonders wenn die Praxis heißt: Zwangsbehandlung mit gleichzeitiger Aufforderung, so daß es paradox klingen kann: "Seien Sie spontan".

---

21 STROTZKA: Zitiert nach SCHULTE-TÖLLE: Psychiatrie, fünfte überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979, S. 303.

Schon HEIDEGGER äußerte, "die Sprache ist mehr als Fähigkeit des Menschen, sie ist das Haus des Seins"[22]. Als psychotherapeutische Hauptwege im Zusammenhang mit vorliegender Klientel, institutionellen Gegebenheiten und auch Ausbildungsstand des Therapeuten kommen grundsätzlich in der Praxis folgende Verfahren in Betracht: die klientenzentrierte Therapie nach ROGERS und die Verhaltenstherapie.

Durch spezielle Techniken zielt die Psychoanalyse darauf ab, "ins Unbewußte verdrängte Erlebnisse in die freie Verfügung des Ich zu bringen und überstarke Über-Ich-Förderungen zu reduzieren. Der Zugang zum Unbewußten kann über freie Assoziationen, über Verhalten und Fehlhandlungen und über Träume gewonnen werden"[23].
Speziell ausgebildete Psychoanalytiker sind in unserem Maßregelvollzugsbereich nicht vorhanden.

Stattdessen wird analytische Kurzpsychotherapie verwendet. Hier wird nicht die gesamte Persönlichkeitsproblematik durchgearbeitet, sondern fokussiert auf den Hauptkonflikt. Die positive Beziehung zwischen Patient und Therapeuten als Grundvoraussetzung dafür ist nicht selten gestört.

Der Vater der klientenzentrierten Therapie ist der amerikanische Psychologe ROGERS. Die psychotherapeutischen Methoden entwickeln sich aus der nichtdirektiven Beratung (counseling); klientenzentriert bedeutet, daß man fördernd die Verantwortlichkeit des Patienten selbst mehr an ihm als Mensch orientiert als an seiner konkreten Krankheit oder seinen Symptomen. ROGERS ging von der Hypothese aus,

---

22 HEIDEGGER, zitiert nach 21, S. 303.

23 SCHULTE-TÖLLE: Psychiatrie, fünfte überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979, S. 304-307.

"es bestehe im Menschen eine besondere Tendenz zur Selbstgestaltung, die sich beim Klienten unter der Therapie entfaltet"[24]. Er sieht sich keiner Theorie verpflichtet, bezieht sich aber auf grundlegende Erkenntnisse der Psychoanalyse, z. B. auf die Dynamik des Unbewußten und der Übertragungsphänomene in der Behandlung. Durch bestimmte Techniken, z. B. nach Möglichkeit wörtlich dem Patienten seine eigene Äußerung wiederzugeben, wird appelliert an Einsicht und Erkennung dessen, was man geäußert hat. Indikation für die Verwendung dieser Therapieart liegt in erster Linie bei Kriseninterventionen, aber auch im Beratungsbereich. Im deutschsprachigen Raum wurde sie weiterentwickelt und modifiziert in sogenannte Gesprächspsychotherapie nach TAUSCH.

Schon PAWLOV (1904) entdeckte und beschrieb die Reizreaktion als Grundlage des Verhaltens bei Lebewesen. In der Behavior-Therapie (Verhaltenstherapie), die sich in den letzten Jahrzehnten entwickelte, nimmt man an, daß ein großer Teil des menschlichen Verhaltens im Sinn einer Konditionierung erlernt ist. Neurotische und anderes psychopathologisches Verhalten wird als ein fehlerhaft angepaßtes erlerntes Verhalten angesehen. Die Verhaltenstherapie macht es sich zur Aufgabe, derartige Fehlkonditionierung zu löschen und an ihrer Stelle neue erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen. Sie orientiert sich an experimentellen Befunden und Modellvorstellungen der Neurophysiologie, der Kybernetik und den Lerntheorien[25].

KANFER hat 1970 eine Funktionsgleichung erarbeitet. Bestimmte Reize mit resultierenden Verhaltensmustern und

---

[24] ROGERS, zitiert nach 23, S. 310-311.

[25] SCHULTE-TÖLLE: Psychiatrie, fünfte überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979, S. 314.

nachfolgenden Konsequenzen wirken auf den Behandelnden positiv in Form einer Belohnung oder Wegfall eines unangenehmen Reizes als Instrument der Verhaltenstherapie[26].

Reizüberflutung (Flooding) bringt mit forcierten Angstreizen eine Habituation und ist deshalb eine weniger verwendbare Methode. Das Selbstsicherheitstraining (assertive training) bezieht sich mehr auf Aufbau von konstruktiven Verhaltensmustern im intermenschlichen Rahmen und enthält eher einen sozialen Charakter. Es wird forciert das emotionale Sprechen (feeling, talk), expressives Sprechen (facialis talk), Widersprechen und Angreifen, allgemeine Spontaneität, Erlernen, mit dem Wort "ich" umzugehen, bewußt betonen zu können und adäquat emotiv reagieren zu lernen bei emotiv engagiertem Kontakt der Umwelt (Lob, Angriff). Eine besonders gezielte Therapieart ist die Aversionstherapie, die bei sexuellen Straftätern indiziert ist. (Wenn sie aber isoliert mit Verwendung von somatischen Reizen gekoppelt wird - Apomorphin, leichte Stromstöße - ist sie bei zwangsweise Untergebrachten äußerst unbeliebt.)

Operantes Konditionieren wird bei Psychosen in Chronifizierungsphasen verwendet beim Kampf gegen Verwahrlosung: ständiges Stimulieren des sozialen Engagements (Gestaltung des Tagesablaufs mit selbständiger Hygiene, Eßprozedur, Beschäftigungs- und Arbeitstraining mit entsprechenden Belohnungen und Vergünstigungen auf der Station). Im verhaltenstherapeutischen Verfahren geht der Patient zum Therapeuten mit einer bestimmten Symptomatik, die mit dem Ziel grundsätzlich bearbeitet wird, die höchste Stufe zu erreichen: Hilfe zur Selbsthilfe[27].

---

[26] S. A. 25, S. 315.

[27] SCHULTE-TÖLLE: Psychiatrie. Fünfte überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979, S. 314-317.

Das psychotherapeutische Setting erfährt aber unter geschlossenen Bedingungen eine Modifikation. Der Klient ist zwangsweise auf den Therapeuten angewiesen, von ihm abhängig. Die notwendige harte Leistung des Patienten in der Therapie, gekoppelt mit den Gittern als ständigem Druck und Symbol des Freiheitsentzugs reduziert (nicht selten auf ein Minimum) die Erfolgsaussichten der im WLK Eickelborn betriebenen Psychotherapie.

5.2. Beschäftigungs- und Arbeitstraining

> "... Die Arbeitstherapie im psychiatrischen LKH gegenwärtiger Struktur in der Regel unter dem Leistungsniveau des Untergebrachten liege...".[28]

Die regelmäßige Beschäftigung und auch die Arbeit sind als ständige therapeutische nichtverbale Maßnahmen vorgesehen. In unserem Maßregelvollzug werden diesbezüglich reichliche Möglichkeiten gegeben.

Das breite arbeitstherapeutische Angebot berücksichtigt die Fähigkeiten und den Wunsch des Patienten und korreliert auch mit seiner aktuell erreichten Stufe nach dem Förderungsprinzip.

Das arbeitstherapeutische Angebot sieht folgende Möglichkeiten vor: Arbeit auf der Station als Hausarbeiter, Küchenarbeiter oder Botengänger bzw. "Läufer".

---

[28] LAST, G.: Zur Unterbringung von Oligophrenen und psychopathischen Kriminellen in psychiatrischen Krankenanstalten. Hippokrates, Stuttgart, 1969/70, zitiert aus 5, S. 26.

Im Rahmen extrastationären Tätigkeiten stehen die Arbeiten unter strengerer Aufsicht des pflegetherapeutischen Personals. Die intramuralen Arbeitsmöglichkeiten sind meist angeschlossen an die jeweiligen Stationen. Es gibt ein Beschäftigungshaus mit Korbmacherei, Gummiarbeiten, Keramikarbeiten, Wäscheleinendrehen, Packarbeiten, Arbeiten mit Fließbandcharakter in der hiesigen Filiale der WMI für die Firma Hella; oder aber extramurale Tätigkeiten bei außenstehenden Firmen, wie Firma Schwartze, Gummifabrik, Pryzibylla als Maurereibetrieb und Arbeiten mit mobilem Charakter, wie Anstreicherei. Alle zuletzt angegebenen extramuralen Arbeiten sind ohne pflegerische Aufsicht. Hier ist die Beaufsichtigung durch den zuständigen Meister gewährleistet.

Trotz erschwerten Bedingungen ist die Teilnahme an der Arbeitstherapie relativ rege, wird von den Patienten aber kritisch gesehen.

> Fall 1: Zum Zeitpunkt der Entlassung 25-jähriger Patient. Diagnose: Debilität, Unterbringungsdelikt: wiederholte Diebstahlsdelikte, äußerte:
> "Unsere Arbeit ist stumpfsinnig und über die Bezahlung brauchen wir schon gar nicht zu sprechen, der höchste Lohn beträgt 55 DM, bei uns in der WMI ist das für richtiges Malochen mehr als bescheiden. Wir werden ausgebeutet, jemand kriegt doch den beträchtlichen Unterschied. Mir ähnelt doch das ganze am ehesten einem Arbeitslager. "

Die Arbeitsleistung wird durch den zuständigen Arbeitstherapeuten nach Punktesystem vor- und nachmittags beurteilt. Einmal im Monat erfolgt die Verrechnung, der Durchschnittslohn wird auf 5 DM aufgerundet. Zur Geldauszahlung sei noch erwähnt, daß seit Jahren die Auszahlung nicht mehr mit Chips erfolgt, sondern mit Bargeld, mit dem Ziel,

daß der Patient sich nicht noch weiter von der Realität entfernt.

Für viele Patienten ist sie ein bloßes Zeitüberbrücken, im Zuge von therapeutischer Aufsicht und eventuell der Möglichkeit, etwas Neues zu erleben. Der Rentnerstatus senkt die Motivation zur Beschäftigung oder Arbeit wesentlich herab.

> Fall 2: Zum Zeitpunkt der Entlassung 48-jähriger Patient. Diagnose: Persönlichkeitsstörung mit Debilität. Diebstahlsdelikte führten zur Unterbringung. Er äußerte: "...Ich habe das Geld, ich brauche es nicht, schauen Sie mein Konto, na ja, aber trotzdem, um nicht das Stationsleben zu stören, verschwinde ich von der Station, tagsüber beschäftige ich mich oder lese zumindest Zeitungen."

Die gleiche Angelegenheit - Rente - bietet auch dem Therapeuten ein Problem. Sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nach § 63 StGB nicht mehr aus der Sicht des Sachverständigen vorliegen, kommt ein Problem, wie es einer unserer Patienten plastisch äußerte:

> Fall 3: Zum Zeitpunkt der Entlassung 63-jähriger Patient. Diagnose: hebephrene Psychose; gefährliche Körperverletzung als Unterbringungsdelikt, wie in der Krankengeschichte festgelegt, äußerte: "...Wenn ich keinen 63-er mehr habe, dann kriege ich keine Heimatbehörde mehr, außerdem geht meine Rente flöten für meinen Aufenthalt hier, was ich nicht möchte und nicht brauche. Wenn sie mir jetzt den § 63 doch aufheben wollen, dann gehe ich am ersten Tag raus, klaue ein Fahrrad und melde ich mich bei der Polizei oder noch besser, ich zeige mich selbst an und dann werden wir alle vom Rückfalltäter sprechen...".

Für den Therapeuten ergibt sich noch ein Dilemma mehr: was können wir in solchem Fall tun? Rücksichtnehmen auf das Wohlbefinden des Patienten, der offensichtlich aufgegeben hat und keine Kräfte mehr gegen die eigene Hospitalisierung aufbringen kann (wenn er schon an Rückfall denkt, dann kann man und sollte man diesen auch befürchten) oder aber strikt handhaben, unabhängig von Konsequenzen. Nach erschöpfender therapeutischer Ausarbeitung der anliegenden Problematik der Entlassung kommt der Sachverständige zusammenfassend in der Gesamtbeurteilung zu dem Schluß, daß man sich doch für die Entlassung entschließen soll. Ein Gedankengang, dem die Überlegung zugrundeliegt: Warum soll Maßregelvollzug eine Endstation sein? Wenn man doch die Anwendung der besonderen Maßregel als temporäre freiheitsentziehende Maßnahme verstehen will, sollte man sie schon in korrekter Durchführung des Auftrags nach gesetzlicher Bestimmung durchführen und weniger berücksichtigen bzw. es in die Überlegungen eingehen lassen. Oder ist es möglich, wie es übrigens in praxi immer wieder gefordert ist, die dritte Kompromißmöglichkeit suchen. In solchen Fällen findet nicht selten folgende Regelung statt: Solange der Patient als "Krankheitsfall" im Landeskrankenhaus bleibt, erhält er vom Träger den Ausgleich und auch die vom Therapeuten geplante Entlassung wird durchgeführt. Also wird die Entmündigung in Erwägung gezogen.

5.3. Unterricht

> "Je mehr Erziehung, desto weniger notwendig die Therapie".[29]

Schulausbildung mit der Möglichkeit, einen Schulabschluß zu machen, gibt es als regelmäßiges Angebot. Doch obwohl viele Patienten Analphabeten sind, nehmen sie die Möglich-

---

[29] RUTH, USA, Fernsehsendung vom 11.03.83 im ZDF.

keit kaum wahr. Die Zahl der Schulbesucher schwankt um 10 Schüler, die Teilnahme ist äußerst unregelmäßig. Härter ist das Interesse am Erlernen, nach Möglichkeit ganz schnell, eines Berufs.

Fall 4: Zum Zeitpunkt der Entlassung 26-jähriger Mann. Diagnose: Persönlichkeitsstörung; Unterbringungsdelikt: Totschlag. Er äußerte: "...Wenn die Überprüfung kommt und wenn Richter mich fragen, wo soll ich hin, dann werde ich denen zeigen können, daß ich Papiere habe in der Tasche."

5.4. Sportliche Aktivitäten

Beim Sport unterscheiden sich die forensischen Patienten in zwei ziemlich scharf getrennte Gruppen: Die begeisterten Aktiven und die Gleichgültigen. Es wird leichte Gymnastik, Fahrradfahren, Laufen mit Langlauf, Schwimmen, Fußball, Volleyball, intra- und extramural mit Sporttherapeuten angeboten.

Die sogenannten weichen, "weiblichen" Aktivitäten, die für viele Patienten keinen Sportcharakter mehr haben, wie Schachspielen, Tischtennis, Billardspiel, geniessen kein großes Ansehen unter den Patienten.

5.5. Sonstige Aktivitäten

Den Patienten steht eine große Bibliothek stets zur Verfügung, hiervon wird erstaunlicherweise wenig Gebrauch gemacht und falls, dann vorwiegend leichte Unterhaltungsliteratur mit ausschließlich kriminellen Inhalten.

Musikhören, Fernsehen, Gesellschaftsspiele wie Skat, Mensch-Ärgere-Dich-Nicht, gehören ebenfalls zu den üblichen Beschäftigungen.

Von regelmäßigen Religionsveranstaltungen, etwa einmal im Monat, wird ebenfalls selten Gebrauch gemacht, zumeist ist es die gleiche Patientengruppe, die alle Religionsstunden (evangelisch/katholisch u.a.) besucht.

Es wird versucht, auf der Station jedem persönlichen Wunsch nach Möglichkeit zu entsprechen, damit das Mikroklima eines Patienten, soweit es möglich ist, eine persönliche Note bekommt; hin und wieder besitzen und pflegen die Patienten Vögel im Käfig, Aquarien, Katzen usw.

Musikalische Aktivitäten mit der Begleitung eines Musiktherapeuten ist stets gewährleistet, sowie verschiedene therapeutische Bastelaktivitäten.

5.6. Aus dem Alltag eines forensischen Patienten:

> "Die derzeitige Situation und die Entwicklung, wie sie sich bei Herrn XY darstellt, ist geradezu ein exemplarisches Beispiel, das zum Nachdenken darüber Veranlassung geben sollte, ob es sich nur entfernt als angemessen oder sinnvoll einzuschätzen ist, einen nur wegen seines Hanges zum Rechtsbruch "abnormen Menschen" den man deshalb als willensschwachen Psychopathen - oder wie auch immer - bezeichnen mag, auf eine Weise vom Rechtsbruch abzuhalten sucht, indem man ihn unter psychiatrischen Patienten "verwahrt". Mehr als ein Verwahrungsvollzug kann es bei Herrn XY nicht sein. In einem Fall, wie in diesem, sollten der Therapieoptimismus und die psychiatrische Kategorisierung ihre Grenzen haben..."
>
> (Aus dem Prognosegutachten eines Sachverständigen über einen unserer Patienten.)

Der reguläre Tagesablauf im Maßregelvollzug ähnelt vergleichbaren Einrichtungen durch spezifische Merkmale des inneren Lebens, durch erstaunliche Vielseitigkeit, verschiedenen Impulsen, Interessen, Bestrebungen und Wünschen, die die Patienten treiben und auf die die Therapeuten aktiv eingehen, steuern, kanalisieren. Daraus resultiert ein dynamisches Zusammenspiel in einem künstlichen abgesonderten Milieu, was für Außenstehende einem "verdünnten" Leben, einem "Nichtsgeschehen", bis in höchste Passivität verlangsamten "Zeitlupen"-Leben ähneln kann.

Aus der Hausordnung geht hervor: Nach dem Aufstehen um 7.00 Uhr morgens Morgentoilette mit anschließendem Frühstück; danach beginnt das Arbeitstraining/Beschäftigung in der Regel bis mittags 12.00 Uhr. Bis um 14.00 Uhr ist Mittagsruhe, anschließend bis 16.30 Uhr Nachmittagsschicht der Arbeit, 17.00 Uhr Abendessen. Die geplanten Einzel- oder Gruppengesprächstherapie oder sonstige Aktivitäten wie Schule, Sport sowie interkurrente somatische Krankheiten unterbrechen als stets vorrangig die Arbeit.

Im organisatorisch festgelegten Tagesablauf, (abgesehen von sporadischen Ausnahmen, wie Herbstfest, Feiertage und auch Sonntage, die Zeit, die dem Patienten zur Gestaltung selbst überlassen wird), ist die Freizeitgestaltung offensichtlich der schwungvollste Zeitabschnitt im Leben eines forensischen Patienten, den er mit maximalem Engagement mitmacht: Das ist offiziell die Zeit nach dem Abendessen, bis zur Schlafzeit um 22.00 Uhr.

Im Alltag des forensisch untergebrachten Patienten scheint die Freizeit der beliebteste Tagesabschnitt zu sein. Sie bleibt im praktischen Alltag des Patienten nicht streng begrenzt auf die offiziell geregelte "Abendaktivität", sondern streckt sich vielmehr auf den ganzen Tag aus. Daher auch immer wieder die Versuche bei der Mehrzahl von Pa-

tienten, z. B. in die Arbeitszeit die Merkmale eines Unterhaltungscharakters hereinzubringen. Eng geknüpft mit diesem Trend, mehr oder weniger blühend, entwickelt sich eine ganze Kette von Aktivitäten, die schon weitgehend das Erlaubte überschreiten und somit unendlich erscheint. Dazu gehört besonders in den letzten Jahren die erstaunlich schnelle Zunahme an Medikamentenhandel. Dabei entwickeln sich verschiedenartig arrangierte Geschäfte um Tranquilizer, es kommen aber auch schwach und mittelpotente Neuroleptika in Frage, erstaunlicherweise aber auch nicht psychotrop wirkende Medikamente wie etwa Roborantien und Vitamine. Die erwähnten Geschäfte erreichen das Ausmaß einer Groteske, wenn der Gegenstand einer solchen Handlung ein Placebo-Medikament wird. Es ist nämlich nicht selten, daß, sobald der Nachtdienst beginnt, der Patient sich an den diensthabenden Pfleger wendet mit Klagen, daß er sich "unruhig", "innerlich gespannt" fühle und daß er etwas zur "Beruhigung" brauche, "geben Sie mir bitte eine Tablette Praxiten", wird dann von den Patienten geäußert. Wenn man darauf verweist, daß eine solche Anordnung nur ein Arzt machen kann, dann wird er sofort, unter Drohung von Anzeigen für den diensthabenden Pfleger und auch Arzt vom Dienst, auffordern: "Rufen Sie den Arzt vom Dienst". Der Arzt vom Dienst macht den Bereitschaftsdienst für die ganze Anstalt von ca. 1200 Patienten, so daß es vielmals so gehandhabt wird, daß das Präparat abgegeben wird. "Damit haben wir alle unsere Ruhe", hörte man von allen Seiten.

Der diensthabende Arzt exploriert den Patienten auf der Station und wenn man es für nötig hält, lehnt er die erwünschte Medikation ab. Was passiert dann? Als Reaktion darauf haben die forensischen Patienten schon eine eigene "Liste" von den als "Arzt vom Dienst" tätigen Ärzten aufgestellt, zwei Gruppen werden unterschieden: die erste, die nichts verabreicht, sowie die andere. Damit eine nicht ungefährliche Ausspieltechnik unterbunden werden kann, hat

der Stationsarzt im Rahmen des Tagesdienstes und seiner ärztlichen Tätigkeit ausdrücklich, schriftlich, auch in Form eines Aufklebers für die Station bzw. für das Pflegerzimmer Hinweise über drohende Suchtentwicklung bei bestimmten Patienten auszuarbeiten, auf die immer der hinzugezogene Arzt vom Dienst hinzuweisen ist.

Es scheint hierbei erwähnenswert, daß die forensischen Patienten trotz jahrelangen Zusammenlebens kaum etwas voneinander wissen, insbesondere was die Straftaten betrifft. Immerhin erfährt man die aktuellen Unterbringungsdelikte, wobei eine deutliche Hierarchierung herrscht: Auf tiefster Stufe stehen die homopädophilen Straftäter, danach andere Sexualstraftäter, Diebstähle zusammen mit Brandstiftungen geniessen eine etwas "gehobene" Stellung. Fast privilegierten Rang haben die Gewaltdelikte, darunter besonders organisierte Einbrüche. Eine ähnliche Hierarchierung wird im Gefängnis beschrieben. Erstaunlich dabei ist aber, daß die nach § 63 StGB untergebrachten Patienten sich kaum für nähere Einzelheiten der strafbaren Handlung des anderen interessieren. Die seelischen Regungen, die den Menschen zur strafbaren Handlung gebracht haben, sind für die forensischen Patienten anscheinend ohne Belang. Ausgang bzw. Folgen, die nach strafbaren Handlungen von einem Menschen die Öffentlichkeit zu tragen hat, sind für den anderen forensischen Mitpatienten unwichtig, untereinander wird überhaupt nicht darüber gesprochen, man begnügt sich meistens mit der Erkenntnis was "der andere draußen machen wollte". Daher ergibt sich der Trend, daß pädophile strafbare Handlungen verschiedener Schwere in einen Topf geworfen werden mit der Stigmatisierung "Sittenstrolch", unabhängig davon, ob die Straftat den Charakter einer sexuellen Beleidigung hatte oder aber mit schwersten Folgen einherging.

Am meisten werden forensische Patienten von Mitpatienten "privilegiert", die etwa Raub oder aber Einbruch oder einen Überfall begangen haben, wobei wiederum irrelevant zu sein scheint, welches Ausmaß des Schadens für die Öffentlichkeit dabei erreicht wurde.

> Fall 5: Zum Zeitpunkt der Entlassung 30-jähriger Patient. Diagnose: Debilität; gefährliche Körperverletzung als Unterbringungsdelikt. Er äußerte: "...Mir ist vollkommen egal, ob er das Kind umgebracht hat oder nur gestreichelt oder gar nicht berührt, sondern sich nur ausgezogen hat. Ich ekele mich vor ihm, der ist sowieso kein Mensch für mich. Es ist was anderes mit uns, die Schlägereien hatten oder ähnliches, da gibt's nichts Schmutziges."

5.7. Freizeitgestaltung

> "Drang nach leichtsinniger Unterhaltung um jeden Preis, verstrickt durch Besitzsucht auf dem Boden einer Taugenichtsmentalität beim Betroffenen XY, prägt seine Vergangenheit, entwickelte eine allgemeine Fehlgrundstimmung bei ihm, die er paradoxerweise so gern behalten möchte..."
>
> (Aus dem Strafgutachten des Sachverständigen.)

Nach der Hausordnung ist vorgesehen, daß zur Freizeit nach dem Abendessen bis zur Schlafzeit um 22.00 Uhr die Zeit selbst eingeteilt werden kann. Es wird aber von dem Patienten alles versucht, eigentlich aus allen geregelten und geplanten Aktivitäten eine lockere Atmosphäre zu schaffen; aus allen therapeutischen Maßnahmen einen Spaß zu machen, als ob man die Zeit im Maßregelvollzug nutzen sollte, um maximal lustig zu werden. Daraus entsteht unter den Patienten ein nicht ungemütliches Klima. Dies spiegelt die Mentalität des typischen forensischen Patienten wider.

In alten Gebäuden findet man relativ hohe Tagesräume vor, die durch intensives Rauchen schnell vom Rauch erfüllt sind, das Pokerspiel wird zur zentralen Präokkupation in der Gemeinschaft. Hereingeschmuggelter Alkohol rundet für die Mehrheit der Patienten ein gemütliches Klima ab.

> Fall 6: Zum Zeitpunkt der Entlassung 29-jähriger Mann. Diagnostisch handelt es sich um ein Anfallsleiden mit gerontophiler sexueller Deviation, mit versuchter Vergewaltigung als Straftat. Er äußerte: "...Schauen Sie mal, selbst wenn ich vom Gutachter als psychisch kaputt erklärt wurde, soviel habe ich noch in meiner Birne, für das miserable Geld in der Arbeitshalle, den ganzen Tag malochen und am Ende des Monats, was kriege ich? Ich kann gut Pokern, das weiß jeder, aber die Jungens kommen selbst... ab und zu verliere ich auch, allerdings selten, immerhin mein Portemonnaie, schauen Sie selbst, ist immer voll!"

Nicht selten resultieren aus einer solchen Atmosphäre - während des Nachtdienstes ist das pflegerische Personal bis auf die Hälfte reduziert -, wie auch zu erwarten ist, akute Auseinandersetzungen, Schlägereien. Erstaunlicherweise, trotz der Ausprägung der Streitigkeiten werden sie meistens spontan unter den Patienten selbst geregelt, so daß man an den Hintergrund kaum und ungenügend, selten vollständig, herankommen kann. Die Patienten wollen offenbar ein Stück Geheimnis für sich behalten.

> Fall 7: Zum Zeitpunkt der Entlassung 29-jähriger Patient. Diagnose: Debilität; gefährliche Körperverletzung als einweisendes Delikt. Er äußerte: "...Über uns steht alles in den Akten, selbst das, was wir nie geahnt haben, diesmal verrate ich niemanden, sage ich nichts, sei es - was es wolle, gegen mich hat niemand Beweise, wenn Sie mich verdächtigen wollen, dann zeige

ich Sie an und dann werden Sie beim Staatsanwalt antanzen müssen; egal, ob das Verfahren gegen Sie am Ende doch eingestellt wird".

Im Rahmen der Freizeitgestaltung erfolgen verschiedene "Geschäftshandlungen". Gegenstände werden an Mitpatienten verkauft, wobei ein Patient dabei mehr oder weniger "ausgebeutet" wird, der andere den Gewinn macht.

Darüberhinaus wird mit dem Geld äußerst leichtsinnig umgegangen, es wird oftmals verliehen, zu unglaublichen Zinsen, die in der Regel 50% für etwa 2 Wochen bedeuten.

Die unerlaubten Handlungen mit dem Geld beschränken sich nicht auf die Station, sie erstrecken sich bis in den extramuralen Bereich. Die Patienten, die als "mit guter Familie" gelten, d. h., in der Patientensprache relativ regelmäßig Besuche von Familienangehörigen oder aus dem Freundeskreis bekommen, werden unter Druck gesetzt, nicht selten erpreßt, die Außenstehenden auch in die Geschäfte miteinzuschalten. Die Therapeuten kommen sehr selten, meistens durch Zufall auf das Geschehen im Hintergrund. Wie nach dem Prinzip, "wenn man ihm einen Finger gibt, will er die ganze Hand", wird nicht nur mit unterlegenen Patienten, sondern mit außenstehenden Bezugspersonen meistens in sehr raffinierter Weise umgegangen, bis das Ziel erreicht ist.

Ein regelmäßiger Besucher eines Patienten äußerte dem Therapeuten gegenüber: "...Ich habe den Patienten XY besucht, weil er bei mir vor seiner Inhaftierung gearbeitet hat. Innerhalb weniger Besuche schien mir immer mehr, daß er einen guten Freund gewonnen hat: einen netten jungen Mann, Y, der war so freundlich zu uns und ich hatte den Eindruck, er kümmere sich um meinen Bekannten. Eines Tages erzählte Y mir, daß XY von gewissen anderen bösen Patienten ausgebeutet wurde und er trinke so gerne seinen Kaffee.

Seinem Freund Y tat es so leid, so daß er ihm helfen mußte. Selbstverständlich habe ich dem XY das Geld und auch etwas Kaffee gegeben, er möchte sich bei seinem Freund revanchieren. Etwas später erzählte mir Herr Y, daß der neue zuständige Hausarzt sehr streng sei (er fand für ihn die Entschuldigung, er sei zu neu und könne nicht die Jungs verstehen, die echte Sorgen haben und am Ende habe er vielen Jungs die notwendigen Medikamente abgesetzt), mit anderen Worten: Herr Y hat mich gebeten, zu meinem Hausarzt zu gehen und Praxiten-Tabletten verschreiben zu lassen, ich erinnere mich ganz genau, "nach Möglichkeit 50 mg", was ich allerdings ungern getan habe. Eine ganze Packung habe ich abgegeben... erst später, als er mir über seine Bastelaktivitäten lange auf nette Art und Weise erzählte und dabei am Ende darum gebeten hat, eine Säge, nach Möglichkeit, ganz dünn und klein und eventuell 'besser einige', wurde mir klar, daß irgendetwas nicht stimmte. Deswegen habe ich mich leider jetzt erst mit Ihnen in Verbindung gesetzt".

Subkulturelles Geschehen verdeckt viele Ereignisse, die man am ehesten durch Zufall und fast nie vollständig erfährt, deutet aber immer einen auf einen starken Mann als Anführer hin, wodurch eine Untergrundatmosphäre gepflegt wird und nicht selten behindert dies das therapeutische Vorgehen. Inwieweit soll die Freizeitgestaltung auch "programmiert" werden, inwieweit soll sich Freiheitsentzug auf diesen doch begrenzten Tagesabschnitt ausstrecken oder aber inwieweit soll es zumindest kontrolliert, überwacht oder etwa kanalisiert werden - das bleibt ständig ein aktuelles Thema für das therapeutische Team. Die Tendenz ist dabei, auch schon ausgeprägten Negativismus, soweit es möglich ist, zu vermindern, insbesondere beim Bekanntwerden der jeweiligen Ereignisse, darüberhinaus gerade solche Angelegenheiten für das therapeutische Vorgehen im Rahmen einer Gruppentherapie auszuarbeiten.

Das Bedürfnis, die sexuellen Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten läßt sich nicht optimal befriedigen. Die Kontakte zwischen Partnern finden während des Ausgangs im Krankenhausgelände statt oder in der Umgebung. Wer noch keinen Ausgang hat, ist auf Besuche angewiesen.
Jeder Besuch wird belastet durch gewisse Arten von Aufsicht: die beim Intimpartner fällt selbstverständlich besonders schwer. Unter den Therapeuten herrscht die Meinung, daß besondere Vorsicht geboten ist, wenn es sich um sexuelle Kontakte bei sexuellen Straftätern handelt. "Wir denken immer an ehemalige Opfer und selbstverständlich auf in der Zukunft potentielle Opfer. Wir wollen nicht, daß ein Mädchen im Besucherraum oder sogar in der Besuchertoilette tot aufgefunden wird", wird von den Therapeuten oft geäußert. Gerade die sexuellen Entwicklungswege des Patienten im Maßregelvollzug bleiben durch ihre diskrete Natur vielmals für die zuständigen Therapeuten undurchsichtig, man verliert oft die Spur, bis diese eventuell zum späteren Zeitpunkt auf irgendeine neue Weise sichtbar wird. Bei sexueller Frustration begnügen sich viele Patienten mit Brieffreundschaften.

5.8. Alltag des Therapeuten

> "...Wer spricht gern über Indikationen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen, zumal hier Mißverständnisse und Gefährdungen vorprogrammiert sind. Die Schwierigkeiten des Umgangs mit Jugendlichen, die in geschlossenen Abteilungen sich konzentrieren und untergebracht werden, sind nur denen

bekannt, die tagaus und tagein über Jahre hin in dieser Arbeit stehen..."[30].

Das Pflegepersonal ist vor- und nachmittags ununterbrochen mit den Patienten zusammen, es hat deshalb eine große Sicherheit im Umgang. Daher ist die Information durch den Pfleger kostbar, nicht selten werden schärfste Beobachtungen, Verlaufsüberwachung und adäquate Reaktionen berichtet. Stationsleiter, Diplom-Psychologen und Ärzte, sind zahlenmäßig weniger. Jeweils ein Psychologe leitet eine Station, die Fachärzte ebenfalls, sie sind aber gleichzeitig für den medizinischen Bereich auf mehreren Stationen zuständig.

Die Psychologen und Ärzte beginnen ihren Arbeitstag mit der Haus- bzw. Stationskonferenz über allgemeine aktuelle Hausproblematik mit Informationsaustausch. Danach finden die Visiten statt, nachmittags Einzel- und Gruppengesprächstherapie.

Zu dem Alltag eines Stationsleiters gehört auch der aufwendige Schriftwechsel, Abgabe von Stellungnahmen an Gerichte, Telefonate, Gespräche mit Familienangehörigen oder anderen Bezugspersonen, einschließlich Mitgliedern der Selbsthilfegruppen, außerdem regelmäßige Teilnahme an Bereichskonferenzen, Therapeuten- und Ärztekonferenzen.

Im ärztlichen Bereich sieht die Lage so aus, daß ein Facharzt nebst der Leitung einer Station von ungefähr 20 Pa-

---

30 MACHETANZ, E.: Probleme der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nach einem Vortrag, gehalten am 8.9.82 vor der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe im WLK in der Haard in Marl-Sinsen, zitiert aus dem Westf. Ärzteblatt 11/82, S. 905.

tienten fachneuro-psychiatrisch und allgemein-ärztlich für ca. 80 Patienten zuständig ist.

Wenn man sämtliche, nicht an dem Patienten orientierte, aber doch obligatorische Arbeitsstunden abzieht, bleiben dann dem Arzt höchstens 15 Stunden pro Woche für seine 80 Patienten übrig. Man spricht von sogenannter Kontaktfläche, wenn man nämlich die zur Verfügung stehenden 15 Stunden dividiert durch die Patientenzahl, dann ergibt sich, daß der Psychiater sich ca. 11,25 Minuten pro Woche jedem Patienten widmen kann. Das ist in der Praxis nicht möglich, so daß alle Patienten nicht regelmäßig ärztlich visitiert werden; die 40-Stunden-Woche bleibt oft nicht bei 40 Stunden.

Im pflegerischen Bereich, wenn man von den zur Verfügung stehenden 40 Stunden fünf Stunden für allgemeine Stationsarbeit abzieht und die restlichen 35 Stunden dividiert durch die durchschnittlich zu betreuende Patientenzahl, kommt heraus, daß jeder Pfleger 105 Minuten in der Woche sich jedem Patienten widmen kann. Rein rechnerisch ergibt dies, daß die Pfleger 9,33 mal bessere Kontaktfläche zum Patienten haben als der Arzt, woraus ein deutliches Angewiesensein des Arztes auf das Pflegepersonal resultiert.

Permanent existierender Personalmangel macht sich in der ersten Linie in der Therapié und in der Gestaltung des Rhythmus des Stationslebens bemerkbar.

6. Ergebnisse der eigenen Untersuchung

In der vorliegenden Studie wird die intrainstitutionelle Karriere von 101 männlichen Patienten untersucht, deren Unterbringung nach § 63 StGB bzw. 42 b StGB a. F. angeordnet war und die zwischen dem 1. Januar 1981 und 31. Dezember 1982 entlassen wurden. Neben erwähntem Patientengut im Maßregelvollzugsbereich des WLK Eickelborn sind auch die Patienten nach § 64 StGB und auch weibliche Patientinnen nach § 63 StGB wie auch § 64 StGB untergebracht.

Zu der Zahl der forensisch untergebrachten Patienten und Patientinnen am 1. Januar 1981 und 31. Dezember 1982 sei übersichtshalber noch erwähnt:

Tabelle I:

Zahl der forensisch-psychiatrisch untergebrachten Patienten/Patientinnen im Maßregelvollzugsbereich Eickelborn nach den §§ 63 und 64 StGB

Stichtag	Männliche § 63 StGB	Weibliche § 63 StGB	Männliche § 64 StGB	Weibliche § 64 StGB
1.1.81	279	12	49	19
31.12.81	226	14	48	6

Die Untersuchung bezieht sich auf die erste Rubrik der angegebenen Tabelle: männliche Patienten nach dem § 63 StGB.

Die Patientenzahl der männlichen Untergebrachten nach § 63 StGB ist stark herabgesetzt worden (vgl. S.18). Die Gründe sind nicht nur in der Dynamik Aufnahme/Entlassung zu suchen, sondern die Reduzierung fand auch deswegen statt, weil im letzten Viertel des betrachteten Zeitraums (Mitte 1982) 28 Patienten in das benachbarte Krankenhaus Benninghausen zur Entlastung des hiesigen Maßregelvollzugs verlegt

wurden. Das WLK Benninghausen steht im Maßregelvollzugsplan, nach SCHUMANN: "...Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit wird die Gruppentherapie sein... Das ganze ist in mehrfacher Hinsicht ein Experiment... Die Unterbringung erfolgt in Wohngruppen"[31].

---

[31] SCHUMANN, V.: Konzepterstellung über Maßregelvollzug im WLK Benninghausen, vom 24.6.82. S. 1-2.

6.1. Zum Zeitpunkt der Einweisung in den Maßregelvollzug

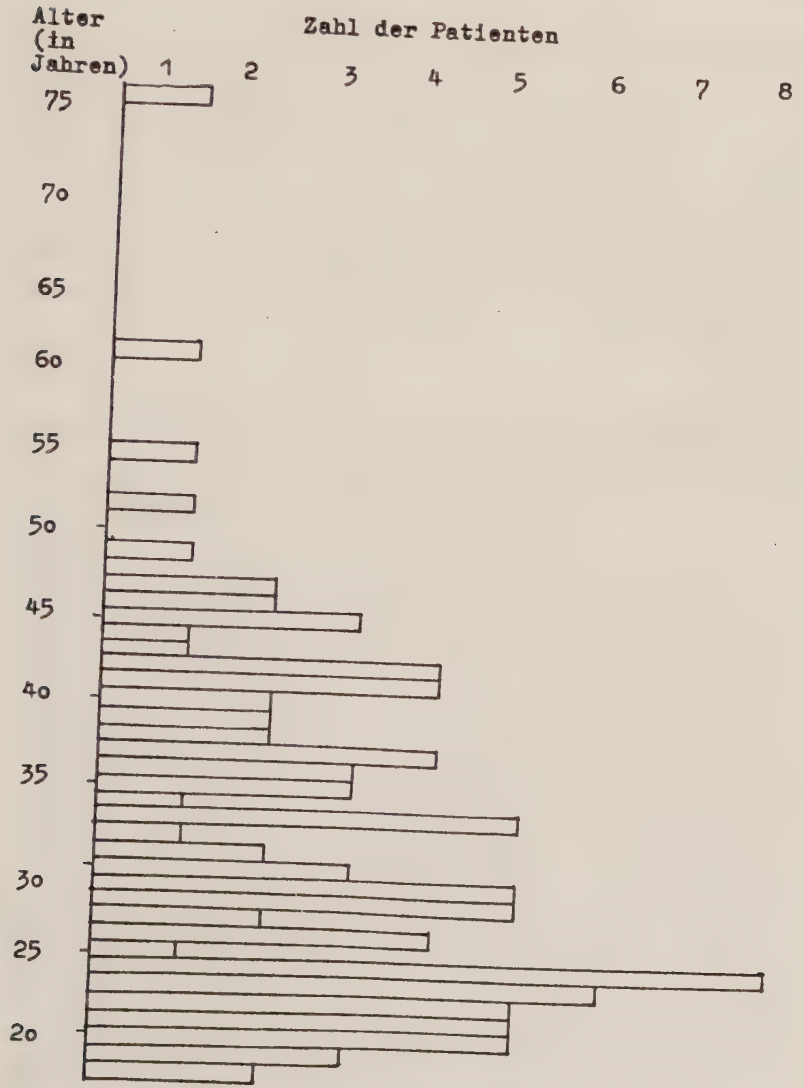

Diagramm 1: Alter des Patienten (in Jahren) zum Zeitpunkt der Aufnahme nach dem § 63 StGB im forensischen Bereich Eickelborn.

Tabelle II:

Hauptdelikt bei der Einweisung in den Maßregelvollzug

Delikt	Patientenzahl	%
Totschlag	14	13,9
Körperverletzung	14	13,9
Sexualmord	1	1,0
Pädophilie	20	19,8
Vergewaltigung	9	8,9
Andere sexuelle Delikte	6	5,9
Brandstiftung	7	6,9
Raub, Erpressung	12	11,9
Diebstahl, Unterschlagung	18	17,8
Summe:	101	100,0

Die zur Einweisung führenden Delikte bei 101 Patienten, die nach dem § 63 StGB untergebracht und im Zeitraum zwischen dem 1. Januar 1981 bis zum 31. Dezember 1982 aus dem WLK Eickelborn entlassen wurden, sind, wie aus der Tabelle hervorgeht, vielfältig. Die Gruppe mit den pädophilen Delikten fällt mit 19,8% als größte auf. Im Vergleich zur Querschnittsuntersuchung im gleichen Krankenhaus im Jahre 1979 fand SCHUMANN 28,8% Sexualstraftäter[32]. In unserer Studie findet man, daß von allen entlassenen Patienten 35,6% Sexualstraftäter sind.

Während der alltäglichen Arbeit neigt man dazu, gerade das Gegenteil anzunehmen, nämlich, daß gerade die Sexualstraftäter besonders schwierig bis zur Entlassung zu bringen sind. Die Gründe mögen bei der delikaten Art der Straftaten in einer relativ guten Anpassungsfähigkeit der

[32] S. 19, S. 59.

Sexualstraftäter liegen, über die immer wieder berichtet wird.

Bei der analysierten Gruppe wurde in 65,3% der Fälle keine zweite Straftat im Gerichtsurteil registriert; in den übrigen Fällen kommt als zweite Straftat an erster Stelle Diebstahl als Begleitstraftat zu 13,9%, danach folgen sonstige sexuelle Straftaten (am ehesten Exhibitionen und sexuelle Beleidigungen) mit 7,9% und danach Körperverletzungen mit 4%. Am Ende sind zu jeweils 3% Raub, versuchte Vergewaltigung und pädophile Straftaten zu sehen.

Tabelle III:

Psychiatrische Diagnosen bei der Einweisung in den Maßregelvollzug

Krankheitsbezeichnung	Patientenzahl	%
Psychosen	29	28,7
Hirnorganische Schädigung	6	5,9
Neurosen/Persönlichkeitsstörungen	33	32,7
Oligophrenie	25	24,8
Alkoholismus	2	2,0
Sexuelle Deviation	6	5,9
Summe:	101	100,0

Die größte Zahl unter entlassenen forensischen Patienten mit 32,7% waren die Neurotiker bzw. Persönlichkeitsgestörten, danach folgt die ebenfalls große Gruppe von 28,7% der Psychotiker und mit 24,8% die Patienten mit verschiedenem Grad von Oligophrenie.

Tabelle IV:

Zweitdiagnose bei der Einweisung in den Maßregelvollzug

Diagnose	Patientenzahl	%
Keine	32	31,7
Hirnorganische Schäden	5	5,0
Neurosen/Persönlichkeitsstörung	7	6,9
Oligophrenie	2	2,0
Alkohol	36	35,6
Sexuelle Deviation	19	18,8
Summe:	101	100,0

Die Zweitdiagnose bei der Einweisung im Maßregelvollzug bestand bei 31,7% der entlassenen forensischen Patienten nicht, eine relativ niedrige Zahl, insbesondere im Vergleich mit den Ergebnissen von SCHUMANN, in deren Querschnittsuntersuchung im Jahre 1979 312 Probanden (55,8%) keine Zweitdiagnose hatten[33].

Die Erklärung hierfür findet man schon in der Feststellung aus der Tabelle, daß Alkoholmißbrauch als führende Zweitdiagnose zu 35,6% festzustellen ist, nämlich bei einer relativ großer Gruppe von forensisch untergebrachten Patienten. Gerade diese Störung wird während der Unterbringung spezifisch behandelt, wodurch auch die erhebliche Rückfallneigung bedeutend herabgesetzt wird. In den Rahmen der Therapie gehört die Anstrengung, die ungünstige Entwicklung eines circulus vitiosus zu unterbinden und nach Möglichkeit völlig zu beseitigen. Dies bezieht sich in erster Linie auf Alkoholmißbrauch bei Persönlichkeitsgestörten oder aber Alkoholmißbrauch bei Oligophrenie und hirnorganisch Geschädigten. Dementsprechend wird in der

[33] S. 19, S. 29.

Regel zum Zeitpunkt der Entlassung als zentrale Auflage Alkoholabstinenz verlangt.

Andererseits verliert eine solche ungünstige Verbindung des Alkoholmißbrauchs mit einer Psychose an Bedeutung durch Behandlung der führenden Krankheit. Wie auch in Strafgutachten in solchen Fällen beschrieben wird, ist die Ausprägung der Neigung zum Alkoholmißbrauch oft von deutlich sekundärer Rolle, so daß der Sachverständige aus diesem Grunde die Unterbringung nach dem § 64 StGB nicht befürwortet.

Tabelle V:

Übersicht der Gesamtdauer der Unterbringung von Patienten im Maßregelvollzug nach § 63 StGB (in Monaten)

Monate	Pat.	%	Monate	Pat.	%	Monate	Pat.	%
1	1	1,0	45	2	2,0	91	1	1,0
3	1	1,0	46	1	1,0	92	1	1,0
4	1	1,0	47	2	2,0	95	1	1,0
7	2	2,0	54	1	1,0	98	1	1,0
10	1	1,0	55	1	1,0	104	1	1,0
12	1	1,0	56	1	1,0	106	2	2,0
14	1	1,0	57	1	1,0	108	1	1,0
15	2	2,0	58	3	3,0	116	2	2,0
17	2	2,0	59	4	4,0	118	1	1,0
20	2	2,0	63	1	1,0	122	1	1,0
22	2	2,0	64	1	1,0	124	1	1,0
24	1	1,0	67	1	1,0	126	1	1,0
25	1	1,0	68	1	1,0	127	1	1,0
28	1	1,0	69	2	2,0	128	2	2,0
30	1	1,0	70	2	2,0	130	1	1,0
32	1	1,0	71	2	2,0	140	1	1,0
33	3	3,0	74	1	1,0	147	1	1,0
34	1	1,0	75	1	1,0	160	1	1,0
36	1	1,0	77	1	1,0	161	1	1,0
37	1	1,0	78	1	1,0	163	1	1,0
38	1	1,0	80	2	2,0	179	1	1,0
39	2	2,0	82	1	1,0	183	1	1,0
41	1	1,0	84	1	1,0	185	1	1,0
42	2	2,0	87	1	1,0	252	1	1,0
43	1	1,0	88	1	1,0	296	1	1,0
44	1	1,0	90	1	1,0	302	1	1,0

Summe: Patientenzahl 101

% 100,0

Aus vorgelegter Tabelle geht hervor, daß bei 101 Patienten, entlassen aus dem Maßregelvollzugsbereich Eickelborn, die Verweildauer der Unterbringung sich von einem Monat bis zu 302 Monaten erstreckt. Die größte Gruppe von Patienten verbrachte insgesamt im Maßregelvollzug zwischen 5 und 10 Jahren, und zwar 43 Patienten (42,6%). Die nächstfolgende Gruppe sind 24 Patienten (23,8%), die sich 2-4 Jahre im Maßregelvollzug befanden. Eine relativ hohe Zahl von Patienten, 16 Probanden (15,8%) sind in der Gruppe, die sich unter zwei Jahre im Maßregelvollzug befanden. Das sind einerseits die Patienten, die in den ersten Jahren der Unterbringung verstorben sind oder aber die relativ schnell nach der Einweisung sich in andere Maßregelvollzugs-Institutionen verlegen ließen. Die große Gruppe von 18 Patienten (17,8%), waren Patienten mit einer Verweildauer von über zehn Jahren.

Tabelle VI:

Beruf (Schema nach MOSCHELL) zum Zeitpunkt der Aufnahme

Beruf	Patientenzahl	%
Hilfsarbeiter	82	81,2
Facharbeiter	15	14,9
Keine berufl. Tätigkeit	2	2,0
Meister	1	1,0
Hochqualifizierter Beruf	1	1,0
Summe:	101	100,0

Aus der Tabelle wird ersichtlich, daß der größte Anteil von 81,2% der Patienten vor der Einweisung Hilfsarbeiter waren. Danach folgt die wesentlich kleinere Gruppe von 14,9% der Facharbeiter, ohne berufliche Tätigkeit 2% und jeweils zu 1% mit Meisterbrief bzw. hochqualifiziertem Beruf.

Tabelle VII:

Überwiegende Lebensumstände bis zum Zeitpunkt der Einweisung in den Maßregelvollzug

Überwiegende Lebensumstände	Patientenzahl	%
Eltern/Familienhaus	21	20,8
Gefängnis	21	20,8
Landeskrankenhaus	19	18,8
Gefängnis und LKH	19	18,8
Heim/Fürsorge	8	7,9
Gefängnis/LKH/Heim	8	7,9
Heim und LKH	4	4,0
Heim und Gefängnis	1	1,0
Summe:	101	100,0

Für die forensisch-psychiatrische stationäre Therapie und Entwicklung des Patienten im Maßregelvollzug spielen seine früheren Lebensumstände eine große Rolle. Hier ist in erster Linie berücksichtigt worden, was für ein Milieu entscheidend war für die Persönlichkeitsentwicklung des Betroffenen. Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, daß die größte Gruppe aus dem Elternhaus bzw. Familienkreis in den Maßregelvollzug eingewiesen wird (20,8% der Probanden). Hierbei sei erwähnt, daß trotz der Feststellung, daß der Patient aus dem Elternhaus kommt, es sich nicht selten um schon weitgehend gestörte familiäre Verhältnisse handelt, wie aus Begutachtungen des Sachverständigen hervorgeht. Mit auffälliger Gefängnisvorkarriere findet man eine genauso große Gruppe von 20,8% der Probanden. Bei jeweils 18,8% der Probanden fällt eine Landeskrankenhauskarriere bzw. Gefängnis- und Landeskrankenhauskarriere in der Vorgeschichte auf. Solche Feststellungen geben den Therapeuten im Maßregelvollzug Eickelborn zur Feststellung

Anlaß, daß Maßregelvollzug "Endstation für Menschen entweder mit langer Gefängnis- oder psychiatrischer Anstaltskarriere" darstellt. 7,9% der Probanden findet man unter besonders ungünstiger Vorkarriere mit Gefängnis/psychiatrischer Anstalt/Heimkarriere.

Tabelle VIII:

Übersicht der Anzahl der Vorstrafen vor der Einweisung in den Maßregelvollzug

Zahl der Vorstrafen	Patientenzahl	%
Keine	20	19,8
1	3	3,0
2	11	10,9
3	11	10,9
4	11	10,9
5	14	13,9
6	9	8,9
8	3	3,0
10	3	3,0
11	1	1,0
14	4	4,0
19	5	5,0
29	1	1,0
32	1	1,0
38	1	1,0
41	1	1,0
48	1	1,0
Keine Angaben	1	1,0
Summe:	101	100,3

Der Anteil der nicht vorbestraften Patienten entspricht dem, der von Schumann 1979 gefunden wurde[34].

Aus der vorgelegten Tabelle ist ersichtlich, daß 55,5% aller Probanden zwischen 2 und 6 Vorstrafen gehabt haben. Bei der Gesamtbeurteilung der Persönlichkeit zur Frage der kriminologischen Prognose werden sicherlich die Vorstrafen auch mitberücksichtigt, sind aber nicht allein von entscheidender Bedeutung, besonders wenn es um ihre Anzahl geht. Viel eher wird die Einschlägigkeit der Vorstrafen mit der aktuellen Straftat, die zur Einweisung geführt hat, in Verbindung gebracht. Die psychisch kranken Straftäter mit erheblichen Vorstrafen, in unserer Analyse bis zu 48 Vorstrafen, sind wesentlich schwieriger zur Entlassung zu bringen als die übrigen. In der Rubrik "keine Angaben" findet man nur einen Probanden; die Therapeuten gehen davon aus, daß es keine Vorstrafen gab.

6.2. Verlauf der Unterbringung

Tabelle IX:

Psychopharmakologische Behandlung während der Unterbringung in dem Maßregelvollzug

Medikamentöse Behandlung	Patientenzahl	%
Keine	61	60,4
Regelmäßig	39	38,6
Keine Angaben	1	1,0
Summe:	101	100,0

Eine große Gruppe von 60,4% der Patienten erhielt im Lauf des Maßregelvollzugs keine Psychopharmaka. Regelmäßig mit Psychopharmaka wurden in erster Linie psychotisch Erkrankte behandelt, aber auch mit psychischen Ausfällen hirnorganisch Geschädigten und Oligophrenen. Keine Angaben zur Frage der medikamentösen Behandlung mit Psychopharmaka aus der Krankengeschichte gab es nur bei einem Patienten.

Tabelle X:

Einzelgesprächstherapie

Einzelgespräche	Patientenzahl	%
Regelmäßige	40	29,6
Unregelmäßige	60	59,4
Keine	1	1,0
Summe:	101	100,0

Tabelle XI:

Gruppengesprächstherapie

Gruppengespräche	Patientenzahl	%
Keine	55	54,5
Regelmäßig	28	27,7
Keine Angaben zu erheben	18	17,8
Summe:	101	100,0

Regelmäßige Einzelgespräche fanden nach gemeinsamer Absprache und Vereinbarung Therapeut/Patient statt, auch im Bedarfsfall. Insgesamt sind sie reibungslos abgelaufen.

Unregelmäßigkeit bedeutete dabei kürzere oder längere Unterbrechungen oder Verzögerungen der geplanten Therapie, die dem Patienten entsprechende Belastungen zumuten.

> Fall 8: Zum Zeitpunkt der Entlassung 28-jähriger Patient, diagnostisch handelt es sich um eine sexuelle Deviation. Einweisungsdelikt: homopädophile Straftaten und Exhibitionismus. 12 Verlegungen, davon 5 Rückstufungen. Er äußerte: "...Ich bin kein Kind , er macht mir Vorhaltungen...davon bin ich satt! Das kann er mit mir... ich kann nichts mehr sagen, er ist immer Besserwisser, das macht mich noch verrückt...das ist eigentlich ein menschenunwürdiger Zustand... ach, ich weiß was ich tue, ich zeige ihn sofort an und zwar direkt bei der Generalstaatsanwaltschaft, dann wird mein lieber Therapeut antanzen müssen..."

Wie der vorgenannte Fall andeutet, sieht MACHETANZ die Handhabung mit Anzeigen so: "Ein Vorteil dieser von außen kommenden Kritik liegt vielleicht darin, daß durch eine gewisse Sensibilisierung der Bevölkerung nicht nur wir - vor uns selbst - über unsere Arbeit fortwährend Rechenschaft abzulegen haben, sondern auch die Träger der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen und die Politiker sich mit den Realitäten mehr als bisher auseinandersetzen und angemessene Bedingungen für den Personenkreis der geschlossenen Unterzubringenden schaffen müssen"[35]. Die Anzeigen werden angeregt nicht immer nur von seiten des Patienten, sondern auch von Mitpatienten,

---

[35] MACHETANZ, E.: Probleme der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Nach einem Vortrag am 8.9.82 vor der "Akademie für ärztliche Fortbildung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe im WLK in der Haard in Marl-Sinsen, aus dem Westf. Ärzteblatt 11/82, S. 906.

Besuchergruppen, Selbsthilfegruppen, Familienangehörigen, aus dem Freundeskreis.

Bei geplanten Gruppen von 4-6 Patienten, die regelmäßig über längere Zeit einmal in der Woche für ca. 2 1/2 bis 3 Stunden zusammentreffen sollen, macht nur eine sehr geringe Patientenzahl mit. Die Zahl der Patienten, die nicht teilnehmen, erhöht sich wenn man die Rubrik von keinen Angaben dazuzählt. (In der Regel geschieht die Führung der Krankengeschichte so: Es wird alles notiert, was läuft, wenn etwas nicht zu finden ist, heißt es, daß eben nichts läuft.)

> Fall 9: Zum Zeitpunkt der Entlassung 34-jähriger Patient. Diagnostisch handelt es sich um frühkindliche Hirnschädigung. Diebstahlsdelikte führten zur Einweisung. 26 mal verlegt, davon 17 mal zurückgestuft worden. Er äußerte: "...Wollen Sie mich hinter diesen Gittern hier noch dazu zwingen, über meine Probleme vor allen zu sprechen? Ich betone dies v o r a n d e r e n , hören Sie mal, wir können uns gerne unterhalten, meine Probleme überlassen Sie aber mir. Sie brauchen überhaupt nicht versuchen mich zu überreden, ich weiß alles, aber schauen Sie, das bringt doch nichts... Das klärt nicht meine Probleme und noch mehr, das verhindert nicht die 'erneute Straffälligkeit'. Und schon mein beschriebener Dachschaden, den werden Sie hiermit nicht wegkriegen. Aber wir müssen uns irgendwo einig sein. Ich bleibe hier gerne sitzen, nur damit es in den Bericht kommen kann, daß ich die Therapie mitmache. Lassen Sie aber bitte den Finger weg von mir, von meinen Problemen..."

Vielmals löst die Gruppentherapie unter geschlossenen Bedingungen zusätzliche Aggressionen und Fehlverhalten auf

der Station aus. Schon die Patienten sprechen vom "Compliance-Effekt" des gesprächstherapeutischen Angebots ("das Ausmaß der Übereinstimmung des Verhaltens eines Menschen in bezug auf die Einnahme von Arzneimitteln, die Befolgung einer Diät oder die Art, wie man jemanden seinen Lebensstil ändert, mit einem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat")[36].

Tabelle XII:

Arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Einsatz während der Unterbringung im Maßregelvollzug

Teilnahme an der Therapie	Zahl der Patienten	%
Regelmäßig	42	41,6
Unregelmäßig	55	54,5
Strikte Ablehnung	4	4,0
Summe:	101	100,1

Festgestellt ist eine erstaunlich rege Teilnahme an der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, sei es auch unregelmäßig. Als Begleitung des Arbeitsprozesses gehört dazu das Schimpfen, "das ist ein Arbeitslager, es ist eine Ausbeutung mit nicht unerheblichem Profit" usw. parallel zu objektiv niedrigsten Verdienstmöglichkeiten, die keine Motivation für die Arbeit ist. Vielmehr ist der Arbeitsprozeß bzw. Teilnahme an der Beschäftigung "ein Stück der Dynamik und damit auch eine frische Färbung in unserem monotonen Leben", hört man von den Patienten. Die Arbeit wird vielmals im Alltag als Unterhaltung betrachtet, die

---

36 HAYNES, R. B., TAYLOR, D. W., SACKETT, A. L.: Compliance-Handbuch (aus dem Vorwort), München, Wien 1982, zitiert nach dem Deutschen Ärzteblatt vom 30.09.1983, Ausgabe B, S. 52.

Abwechslung verspricht. Außerdem sind dabei die Möglichkeiten besser, "einen Brief schwarz herausgehen zu lassen", Alkohol oder Tranquilizer zu geniessen oder sonstige Unregelmäßigkeiten, deren Erfindung keine Grenzen hat.

In den Tabellen dieser Studie ist die Rubrik "keine Angaben" so zu verstehen, daß keine bestimmten Angaben aus der Krankengeschichte zu entnehmen waren.

6.3. Lockerungen

Was sind überhaupt Lockerungen bei geschlossen untergebrachten psychisch kranken Straftätern, hört man als Frage von Laien.
Darf es so was überhaupt geben, fragt nicht selten die benachbarte Bevölkerung.
Ist man immer dabei genug vorsichtig, hört man von Juristen und Therapeuten, die in Justizvollzugsanstalten tätig sind und regelmäßig zu Besichtigung und Erfahrungsaustausch zu uns kommen.
Inwieweit kann man mit einem "Verständnis" bzw. Akzeptieren des Risikos von der Seite der Öffentlichkeit rechnen bei Gewährung von Lockerungen eines psychisch kranken Straftäters, ist die Sorge der Justiz.
Andererseits ist man als Therapeut einem ständigen Drängen von Patientenseite ausgesetzt, die Wünsche sind permanent gleich: man solle ihn rauslassen, man soll es erproben, man könne ihn nicht ewig hinter Gittern halten. "Ich bin sowieso schon lange ein anderer Mensch geworden... die Straftat kommt nie mehr vor, das war damals, aber jetzt... Sie werden es sehen, Sie werden sich sogar wundern... ewig können Sie mich sowieso nicht hinter Gitter halten... wenn ich aber was anstellen wollte, konnte ich es schon zigmal, tue ich aber nicht, hören Sie mal, ich bin hier zur Therapie und zur Besserung geschickt worden und nicht etwa

zur Verwahrung, also Sie werden doch zu meiner Lockerung kommen müssen... ach, was spreche ich überhaupt zu Ihnen, Sie sind für mich sowieso kein Therapeut, ich muß mich doch an die Presse wenden, die Leute werden den Kopf schütteln, wenn die sehen, was für ein Leben wir armen Leute - letzte vom Letzten - führen müssen unter Therapeuten, die nur ein Nein kennen, vergessen Sie aber nicht, daß die Nazizeit zu Ende ist... Sie, Rudiment des Nazismus..." um nur einige Gedankengänge unserer Patienten anzugeben.

Mit großer Sorge und vollem Verständnis für die therapeutische Entscheidung meldet sich die Stimme, die aus dem engsten Familien-, Bekannten- oder Freundeskreis kommt, nicht selten mit den Worten: "Machen Sie bitte nach Ihrem besten Wissen und Gewissen... Sie sind Fachmann... tun Sie bitte unserem Jungen kein Unrecht... als ob das Ihr Sohn wäre..."

Wie aber die Richtlinien bei diesem Vorgehen aussehen, wann, in welcher Form und in welchem Rhythmus die Lockerungen stattfinden, fragen die Fachkollegen, und nicht nur außerhalb des forensisch-psychiatrischen Bereiches Eickelborn.
Es scheint ein zentrales Thema bei hier tätigen Therapeuten in unserem Maßregelvollzugsbereich zu sein: Gestaltung von Lockerungen bei einem Patienten, untergebracht nach dem § 63 StGB.
Es mag vielleicht unwahrscheinlich aussehen, doch die ersten Überlegungen vom Therapeuten zur Frage der Lockerung des Patienten finden, wenn auch in nur groben Zügen, ihren Platz schon in ersten therapeutischen Kontakten.

Denn schon ganz zu Anfang der Unterbringung, die in der Regel im festen gesicherten Aufnahmehaus beginnt, der Patient hat sich mit dem Freiheitsentzug abgefunden und versucht sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden, ist

es nötig, daß der Therapeut diese ersten Eindrücke auf bevorstehende Lockerungsmaßnahmen hin reflektiert.

Schon im Festen Haus wird eine Differenzierung praktiziert zwischen strenger Isolierung und dem Tagesablauf in der Gemeinschaft. Für solche intrastationäre Lockerung, kaum schon als "erste Vergünstigung" registriert, ist für alle späteren Maßnahmen ein wichtiger Wegweiser für den Therapeuten im forensischen Bereich Eickelborn.

Im praktischen Alltag werden mit gleichzeitigem therapeutischen und praktischem Erprobungsziel folgende Vergünstigungsformen (ausgenommen die zahlreichen intrastationären Regelungen, die kaum als "Vergünstigung" verstanden werden).

Tabelle XIII:

Gewährung von Besucherausgang

Besucherausgang	Zahl der Patienten	%
Regelmäßig	31	30,7
Unregelmäßig	21	20,8
Keinen	36	35,6
Keine Angaben	13	12,9
Summe:	101	100,0

Unter Besucherausgang wird eine Lockerungsart verstanden, die am ehesten mit dem Pflegergruppenausgang zu vergleichen ist, wobei die Kontakte zur Familie bzw. zu ehemaligen oder neuen Bekannten gestärkt werden sollen.

Die Besucher übernehmen für die Zeit des Ausgangs die volle Verantwortung mit anschließendem Bericht, wie der Ausgang verlaufen ist. In vielen Fällen verstärkt es das Bewußtsein, daß "uns nicht nur unser Sohn, sondern letzt-

endlich auch ein Straftäter für gewisse Zeit anvertraut wird".

Die größte Zahl von Patienten von 35,6% bekam während der Unterbringung im forensischen Bereich Eickelborn keinen Besucherausgang. Vielmals ist das in solchen Fällen auf schwer gestörte familiäre Verhältnisse vor der Unterbringung zurückzuführen. Die Unterbringung selbst fördert in der Regel bei schon gestörten Beziehungen eine vollkommene Ablehnung des psychisch kranken Straftäters.
Mit 30,7% findet man eine noch immer hohe Zahl von Patienten, die regelmäßigen Besuch während der Unterbringung, meistens in Abständen von zwei Wochen, seltener einmal im Monat, aber auch einmal wöchentlich geniessen konnten.

Unter unregelmäßigem Besucherausgang ist an einen hochgestörten Rhythmus des Besucherausgangs gedacht, wobei man die Ausprägung unseres großen Einzugsbereiches mit berücksichtigen muß (s. Anhang). Mehr von Bedeutung ist für den Therapeuten jedoch die Entwicklung der Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen bzw. anderen Besuchern als die zeitliche Regelmäßigkeit der Besuche.

Tabelle XIV:

Gewährung von Pflegergruppenausgang

Pflegergruppenausgang	Zahl der Patienten	%
Regelmäßig	55	54,5
Unregelmäßig	35	34,7
Keinen	9	8,9
Keine Angaben	2	2,0
Summe:	101	100,1

Diese Lockerungsform ermöglicht dem Therapeutenteam ständige Überwachung von jedem Patienten in relativ kleinen Gruppen, zumeist von 2-4 Patienten, selten mehr. Unter pflegerischer Aufsicht wird dem Patienten Hilfe geleistet, sich innerhalb des Geländes zurechtzufinden, nach längerer Zeit des Freiheitsentzugs wieder zu lernen, mit gewährter Freiheit umzugehen, andererseits erhofft man dabei, daß bei drohendem Versagen eine solche Lockerungsmaßnahme noch immer rechtzeitig abgebrochen werden kann. Die größte Zahl der Patienten (54,5%) konnte regelmäßig solche Lockerungsmaßnahmen geniessen.
Eine noch immer hohe Anzahl von 34,7% hatten unregelmäßig Pflegergruppenausgang. Das ist in erster Linie auf verschiedene Vorfälle auf der Station zurückzuführen oder auf psychische Verschlechterungs- oder Verstimmungszustände beim Patienten.
Noch eine relativ hohe Zahl mit 8,9% ergab sich bei den Patienten, die keinen Pflegergruppenausgang gehabt haben. Das beruht in der Regel auf einer prinzipiellen Haltung der Patienten, die einen "Aufpasser" als überflüssig empfanden, und sich in ihrem Stolz verletzt fühlten.

> Fall 10: Zum Zeitpunkt der Entlassung 32-jähriger Patient. Diagnose: Borderline-Syndrom. Sexualmord als einweisendes Delikt, viermal verlegt, einmal zurückgestuft. Er äußerte: "...Ich brauche keinen 'Polizisten', die habe ich genug überall auf der Station, ich brauche keinen Vormund... ich verzichte gerne auf Pflegergruppenausgang... ich bleibe lieber paar Monate länger ohne Ausgang, aber dann, wenn schon, dann muß es richtig gehen".

Tabelle XV:

Gruppenausgang	Zahl der Patienten	%
Regelmäßig	50	49,5
Unregelmäßig	31	30,7
Keinen	18	17,8
Keine Angaben	2	2,0
Summe:	101	100,0

Und auch vom Therapeuten her wird dies flexibel gehandhabt unter Berücksichtigung der Individualität jedes einzelnen Patienten. Eine solche Lockerungsmaßnahme zu überspringen ist grundsätzlich auch möglich. Dafür spricht die relativ hohe Zahl von 17,8% der Patienten, die keinen Gruppenausgang mitgemacht haben.

Gerade diese Form von Lockerungsmaßnahmen als eine Brücke von Lockerung unter Aufsicht, wie beim Pflegergruppenausgang, bis zum Status des Einzelausgangs, stellen für den Therapeuten nicht selten ein großes Problem dar. Hier fängt die "eigentliche Freiheit" an, der Patient steht zum ersten Mal ohne jegliche Kontrolle allein in der Freiheit, sei es auch zunächst für eine Stunde. Dabei sind die Patienten vielmehr aufeinander angewiesen.
Genauere zeitliche Begrenzung wird nun vom Therapeuten besonders sorgfältig praktiziert.

Als noch wichtiger kommt dabei die Geschicklichkeit des Therapeuten zum Ausdruck, wie eine Gruppe zusammenzusetzen ist. Das Gefühl innerhalb einer Gruppe, daß man eben zusammenhalten soll, zu entwickeln, zu fördern und zu festigen, gehört zur alltäglichen Vorbereitung schon auf der Station.

Der praktische Alltag beweist, daß gerade die Gestaltung solcher Lockerungsmaßnahmen schwierig wird: Die Gruppe hält nicht lange zusammen, der individuelle Wunsch, "noch ein Stück weiterzugehen" bricht nicht selten aus, man genießt gemeinsam Alkohol, oder es endet mit einer einzelnen oder gemeinsamen Entweichung. Daraus resultiert die relativ hohe Zahl von unregelmäßig gewährtem Gruppenausgang von 30,7%.

Tabelle XVI:

Gewährung von Einzelausgang

Einzelausgang	Zahl der Patienten	%
Regelmäßig	50	49,5
Unregelmäßig	19	18,8
Keinen	27	26,7
Keine Angaben	5	5,0
Summe:	101	100,0

In der Tabelle fällt auf, daß eine relativ große Gruppe von 26,7% der Probanden keinen Einzelausgang hatte. Das ist die nicht unbedeutende Gruppe mit schwerst ausgeprägten Defektzuständen bei chronisch ablaufenden Psychosen oder Imbezillitäten, die eine solche Lockerungsmaßnahme kaum bewältigt und verkraftet.

Tabelle XVII:

Gewährung von Urlaub

Gewährung von Urlaub	Zahl der Patienten	%
Keine Beurlaubung	51	50,5
1 Beurlaubung	15	14,9
2 Beurlaubungen	13	12,9
3 Beurlaubungen	13	12,9
4 Beurlaubungen	5	5,0
5 Beurlaubungen	1	1,0
7 Beurlaubungen	1	1,0
11 Beurlaubungen	1	1,0
Keine Angaben	1	1,0
Summe:	101	100,0

In jedem Fall versucht man vor einer Entlassung in der Regel die Beurlaubung zu gewähren, zumindest eine. 50,5% unserer Patienten hatten keinen Urlaub vor der Entlassung. Nicht selten wünschen die Patienten eine Beurlaubung, um zu erfahren, ob und inwieweit sie in "alter" Umgebung, selbst in eigenem Familienkreis, unerwünscht sind.

6.4. Fehlentwicklung

Die Opposition des Patienten entwickelt sich in erster Linie gegen die Therapeuten, auch gegen institutionelle Gegebenheiten.
Sie macht sich in allen Domänen des stationären Lebens bemerkbar, meistens äußert sie sich in akuten exaltierten, überschießenden Reaktionen, wesentlich seltener einschleichend. Die beiden Formen zeigen Verstärkungs- und Ausbreitungstendenz, die auch "epidemieartigen" Charakter gewinnen kann.

Der Widerstand zeigt sich nicht selten in theatralischen verbalen Auseinandersetzungen, eine Selbstbestätigungsnote ist nicht zu verkennen und daher nicht unbedingt als destruktive Haltung bzw. Energie zu beurteilen. Er manifestiert sich jedoch auch in verallgemeinerter Art und Weise, selbst zum eigenen Nachteil, in Ablehnung und Negieren von allem, was von "jenseits" kommt (Therapeutenseite).
Affektive Färbung gibt dem Geschehen mehr oder weniger dramatischen Charakter. Bemerkenswerterweise normalisiert sich das Verhältnis Therapeut/Patient nach der explosiven Reaktion in den meisten Fällen. Eine Minderheit bildet die zweite Gruppe der Hartnäckigen, die meistens passive Opposition üben.

Die oppositionelle Aktivität bringt meistens dem Patienten selbst Schäden, endet nicht selten mit massiven Drohungen, Beleidigungen und auch schriftlichen Beschwerden bzw. Anzeigen.
Die Differenzierung nach diskreten und massiven Aktionen hat orientierenden quantitativen Charakter und richtet sich in erster Linie nach dem Ausgang bzw. dem Ergebnis einer solchen Entladung. Inwieweit läßt sich nachher mit dem Patienten eine konstruktive Beziehung wieder aufbauen, inwieweit ist zu erwarten, daß eventuelle nächste affektive Entladungen vom Patienten selbst unter Kontrolle zu halten sind, abzuschwächen, zu verkürzen oder unter Umständen auch konstruktiv zu orientieren sind, stellt sich stets als Frage für den Therapeuten.

Tabelle XVIII:

Ausprägung der Oppositionsentwicklung bei Patienten im Maßregelvollzug

Opposition	Zahl der Patienten	%
Massiv	23	22,8
Diskret	26	25,7
Keine	46	45,5
Keine Angaben	6	5,9
Summe:	101	99,9

Oft geht die Opposition einher mit einer aggressiven Neigung, die unter geschlossenen Bedingungen noch mehr verstärkt wird.
Die massive Ausprägung der Opposition (22,8%) trotz ihres explosiven dramatischen Charakters, scheint doch für den Therapeuten zugänglicher als eine diskrete (25,7%) der Patienten mit hartnäckig befestigter Opposition.
Von 101 Patienten aus dem Maßregelvollzug wurde innerhalb von zwei Jahren die größte Gruppe von 45,5% entlassen, die keine oppositionelle Haltung gezeigt hatten.

Bei 5,9% der Patienten konnte man aus den Krankengeschichten im Rahmen der Verlaufsbeobachtungen und Entwicklung des Patienten nicht entnehmen, ob die Merkmale einer Opposition zum Vorschein kamen.

Tabelle XIX:

Straftaten im Rahmen der Lockerung

Strafbare Handlungen	Zahl der Patienten	%
Keine	90	89,1
Ja	10	9,9
Keine Angaben	1	1,0
Summe:	101	100,0

Unter allen Risiken, die die Lockerungsmaßnahmen begleiten, gebührt den erneuten strafbaren Handlungen zentrale Stellung.

Die gewährten Lockerungsmaßnahmen sind nicht ausschließlich eine "Belohnung" für die bis dahin positive Entwicklung, sondern beinhalten auch gleichzeitig eine Erprobung, der der Patient ausgesetzt wird.
Die größte Gruppe von 89,1% von Patienten zeigten keine Rückfälligkeitsneigung. Jedoch gibt es in der untersuchten Gruppe von entlassenen forensischen Patienten noch immer die nicht unerhebliche Patientengruppe von 9,9%, die erneute strafbare Handlungen aufwiesen. Am meisten sind dabei "kleinere" Eigentumsdelikte wie Zechprellereien, aber auch Beleidigungen und Handgreiflichkeiten mit Körperverletzungen zu beobachten. In der Regel spielt dabei der Alkohol eine nicht unerhebliche Rolle.

Tabelle XX:

Übersicht der Anzahl der Entweichungen

Entweichungen	Zahl der Patienten	%
Keine	52	51,5
1	17	16,8
2	12	11,9
3	6	5,9
4	4	4,0
6	3	3,0
7	1	1,0
8	1	1,0
9	1	1,0
10	1	1,0
13	2	2,0
14	1	1,0
Summe:	101	100,1

Knapp eine Hälfte von den aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten gehört zu denen, die schon Entweichungserfahrung gemacht haben. Die größte Zahl mit 16,8% entwich nur ein Mal. Es handelt sich dabei in der Regel um die Patientengruppe, die die Entweichung als "Erfahrung im Maßregelvollzug" gemacht haben, wonach offensichtlich gelernt wurde, daß dies "doch nichts bringt". Die danach folgende Gruppe mit mehreren Entweichungen, die zumeist durch momentane Entscheidungen im Rahmen einer unbewältigten Krisensituation erfolgen, nicht selten als Ausdruck der Bekräftigung seiner oppositionellen Haltung gegenüber der Institution. Bei der Gruppe mit einer hohen Entweichungsziffer spricht man von einer "Entweicher-Typ"-Gruppe von Patienten, denen weniger die konstruktive Gestaltung ihres Werdeganges im Maßregelvollzug bis zu seiner Entlassung wichtig erscheint, als momentane Befriedigung und Erfüllung eines bestimmten Wunsches, der meistens "Alkohol" heißt. Im Rahmen einer anschließenden "Entweichungsverarbeitung" bleibt oft als einziger Kommentar des Patienten nicht ohne Stolz ein Wort: "Freiheitsdrang". Die größte Gruppe stellen jedoch die Nicht-Entweicher.

Tabelle XXI:

Straftaten während der Entweichung

Straftaten	Zahl der Patienten	%
Nicht zutreffend	52	51,5
Keine	41	40,6
Straffällig	8	7,9
Summe:	101	100,0

Es kommt sehr selten vor, daß entwichen wird, um strafbare Handlungen erneut zu begehen. Viel eher passiert es gewissermaßen umgekehrt, um nämlich während der Entweichung zu "überleben", neigt man dazu, erneute Straftaten zu begehen.

Daher kommen fast ausschließlich Eigentumsdelikte und Zechprellereien vor.
Die Prozentzahl von 7,9% bezieht sich auf strafbare Handlungen während der Entweichung von forensischen Patienten, die den Therapeuten anschließend bekannt geworden sind, man nimmt an, daß die Zahl von strafbaren Handlungen doch etwas höher sein dürfte.

7. Zusammenhangsanalyse

In allen folgenden Tabellen bedeutet n = Zahl der Patienten. Rechnerbedingte Rundungsungenauigkeiten wurden in die Tabellen übernommen.

In diesem Kapitel werden die erhobenen Daten einander gegenübergestellt und ihre Dynamik unter Beachtung statistischer Signifikanz betrachtet.

7.1. Aufnahmealter

Tabelle XXII:

Alter bei der Aufnahme und Dauer der Unterbringung (in Monaten) im Maßregelvollzug

Alter bei der Aufnahme		bis 43	44-80	mehr als 80	total
bis 24	n	10	15	9	34
	%	9,9	14,9	8,9	33,7
25-35	n	8	12	12	32
	%	7,9	11,9	11,9	31,7
36 und älter	n	16	6	13	35
	%	15,8	5,9	12,9	34,7
Summe:	n	34	33	34	101
	%	33,6	32,6	33,6	100,1

Die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 44-80 Monaten ist am stärksten bei den Patienten, die zum Zeitpunkt der Einweisung zwischen 18 und 24 Jahre alt waren.
Andererseits zeigen Patienten der Altersstufe von 36 Jahren und älter zum Zeitpunkt der Einweisung eine deutliche Neigung, die forensische Karriere entweder "schnell" bis zu 43 Monaten oder aber eine "lange Karriere" mit 80 Monaten und mehr zu machen.t.

Tabelle XXIII:

Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Einweisung in den Maßregelvollzug und Hauptdelikte

Alter bei der Aufnahme		Hauptdelikte Gewalt	sex. Handl.	Eigentum	total
bis 24	n	6	10	18	34
	%	5,9	9,9	17,8	33,7
25-35	n	10	12	10	32
	%	9,9	11,9	9,9	32,7
über 35	n	13	13	9	35
	%	12,9	12,9	8,9	34,7
Summe:	n	29	35	37	101
	%	38,8	34,7	36,6	100,1

Aus der Tabelle ist die Tendenz zu erkennen, daß Eigentumsdelikte als strafbare Handlung, die zur Einweisung führte, mit 17,8% besonders in der Patientengruppe in der Altersstufe bis zu 24 Jahren vertreten war, eine Tendenz, die unter älteren Patienten progredient abnimmt.
Im Gegensatz dazu stehen die sexuellen Fehlhandlungen und auch Gewaltstraftaten.

Tabelle XXIV:

Alter bei der Aufnahme und Hauptdiagnose

Alter bei der Aufnahme		Hauptdiagnose Psychose/ hirnorg. Sch.	Neurose/ Persön.-Stö.	Oligophrenie	total
bis 24	n	11	17	6	34
	%	10,9	16,8	5,9	33,7
25-35	n	9	14	9	32
	%	8,9	13,9	8,9	31,7
36 und älter	n	15	10	10	35
	%	14,9	9,9	9,9	34,7
Summe:	n	35	41	25	101
	%	34,7	40,6	24,7	100,1

Bei den in den Maßregelvollzug eingewiesenen Patienten im Alter bis zu 24 Jahren sind aus diagnostischer Sicht am meisten Persönlichkeitsgestörte und Neurotiker.
In der nächsten Altersstufe sind noch immer diese Kranken als größte Patientengruppe zu sehen.
In der dritten Altersstufe leiden die meisten Patienten, die zum Zeitpunkt der Einweisung 36 Jahre und älter gewesen waren, an Psychosen bzw. hirnorganischen Schädigungen.

Andererseits nimmt die Zahl von Patienten, die an Oligophrenien leiden, bei jüngeren progredient ab.

Tabelle XXV:

Alter bei der Aufnahme und Zahl der Vorstrafen

Alter bei der Aufnahme		Anzahl der Vorstrafen keine	bis 3	4-6	7 und mehr	total
Bis 24	n	7	15	9	3	34
	%	6,9	14,9	8,9	3,0	33,7
25-35	n	7	5	12	8	32
	%	6,9	5,0	11,9	7,9	31,7
36 und älter	n	7	5	13	10	35
	%	6,9	5,0	12,9	9,9	34,7
Summe:	n	21	25	34	21	101
	%	20,8	24,8	33,7	20,8	100,1

Die nicht-vorbestraften Patienten sind gleichmäßig in allen Altersstufen zu sehen.
Während bei den zum Zeitpunkt der Einweisung 25-35-jährigen die Anzahl der Personen mit 4-6 Vorstrafen am höchsten ist, liegt dieser Gipfel bei den jüngeren Patienten erwartungsgemäß darunter.

Tabelle XXVI:

Alter bei der Aufnahme und Anzahl der Entweichungen

Alter bei der Aufnahme		Anzahl der Entweichungen keine	1-2	3 u. m.	total
Bis 24	n	13	16	5	34
	%	12,9	15,8	5,0	33,7
25-35	n	13	9	10	32
	%	12,9	8,9	9,9	31,7
36 und älter	n	26	4	5	35
	%	25,7	4,0	5,0	34,7
Summe:	n	52	29	20	101
	%	51,6	28,7	19,8	100,1

Mehr als eine Hälfte der Patienten (51,5%) hat die Karriere im Maßregelvollzug Eickelborn als Nicht-Entweicher durchgemacht. Diese Patientengruppe ist in allen Altersstufen zu sehen, jedoch erwartungsgemäß besonders unter Patienten, die zum Zeitpunkt der Einweisung 36 Jahre und älter waren.

Die Patientengruppe von 28,7%, die während der Unterbringung im forensischen Bereich Eickelborn Entweichungserfahrung gemacht hat und höchstens zwei Mal entwich, war in allen Altersstufen vertreten, jedoch ist die Altersstufe bis 24 Jahre dabei führend.

Bei mehrmals Entwichenen ist die größte Zahl der Patienten bei der Altersstufe zwischen 25-35 Jahren ersichtlich.

Tabelle XXVII:

Alter bei der Aufnahme und Entlassungsrichtung

Alter bei der Aufnahme		entlassen nach			
		Hause	sonst.	Exitus	total
bis 24	n	16	16	2	34
	%	15,8	15,8	2,0	33,7
25-35	n	18	13	1	32
	%	17,8	12,9	1,0	31,7
35 u.m.	n	6	25	4	35
	%	5,9	24,8	4,0	34,7
Summe:	n	40	54	7	101
	%	39,7	53,6	6,9	100,1

Die Tabelle zeigt signifikant, daß jüngere Leute vorwiegend doch nach Hause entlassen werden, andere Entlassungsrichtungen (Übergangswohnheim, Landeskrankenhaus, Wohnge-

meinschaften, Bauern- und Familienpflege und sonstige) sind bei älteren Patienten häufiger zu sehen.
Exitus ist unter Patienten, die zum Zeitpunkt der Einweisung älter waren, doppelt so hoch wie bei jüngeren.

7.2. Dauer der Unterbringung

Die Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug der Patienten, die im Untersuchungszeitraum aus dem forensischen Bereich des WLK Eickelborn entlassen wurden, war sehr unterschiedlich. Sie variiert von nur einigen Monaten bis zu 302 Monaten.
Es kristallisieren sich jedoch drei Gruppen heraus, und zwar die Patientengruppe mit Unterbringung bis zu 43 Monaten (33,7%), die zweite Gruppe mit 32,7% bezieht sich auf eine Unterbringungsdauer zwischen 44 und 80 Monaten, die dritte Gruppe mit 33,7% waren die forensische Patienten, die mehr als 80 Monate im WLK verbracht haben.

Tabelle XXVIII:

Dauer der Unterbringung und Anzahl der Entweichungen

Dauer der Unterbringung		Anzahl der Entweichungen keine	1-2	3 u.m.	total
bis 43 Monate	n	18	12	4	34
	%	17,8	11,9	4,0	33,7
44-80 Monate	n	19	9	5	33
	%	18,8	8,9	5,0	32,7
mehr als 80 Monate	n	15	8	11	34
	%	14,9	7,9	10,9	33,7
Summe:	n	52	29	20	101
	%	51,6	28,8	19,9	100,1

Unabhängig von der Unterbringungszeit zeigt sich die Gruppe der Nichtentweicher. Auf der Stufe Entweichungserfahrung (1-2 Entweichungen) gibt es immer noch große Gruppen, jedoch ist auch dies Verhalten kaum abhängig von der Dauer der Unterbringung.

Bei noch kleineren Gruppen ist die Entweichung zur gewohnten Praxis geworden.
Die Zahl der Entweichungen nimmt hier erwartungsgemäß mit der Dauer der Unterbringung zu. Gerade aus dieser Gruppe der Patienten, die deutlich zum Entweichen neigten, ist aus der Tabelle anzunehmen, daß Entweichungspraxis die Unterbringung sicherlich beeinflußt, auch wenn die Entweichung als solche nicht allein entscheidend für die Aufenthaltsdauer im Maßregelvollzug ist.

Tabelle XXIX:

Unterbringungsdauer und Zahl der Verlegungen im forensischen Bereich

Dauer der Unterbringung		Zahl der Verlegungen 1-5	6-13	14 u. m.	total
bis 43 Monate	n	19	10	5	34
	%	18,8	9,9	5,0	33,7
44-80 Monate	n	9	17	7	33
	%	8,9	16,8	6,9	32,7
80 Monate und mehr	n	4	8	22	34
	%	4,0	7,9	21,8	33,7
Summe:	n	32	35	34	101
	%	31,7	34,7	33,7	100,1

Wie erwartet, korreliert bei der größten Gruppe von Patienten (21,8%) die längstdauernde Unterbringung mit 80 Monaten und mehr mit einer hohen Verlegungszahl im forensischen Bereich Eickelborn.
Die kürzere Aufenthaltsdauer (bis 43 Monate) bei 18,8% der Patienten im Maßregelvollzug korreliert mit der niedrigsten (1-5 mal) Verlegungszahl.

Bei beiden Parametern besteht jedoch keine absolute Abhängigkeit voneinander: Man findet bei wesentlich kleineren Prozentualitäten unter den langjährig untergebrachten Patienten im Maßregelvollzug kleine Verlegungs-

zahlen sowie umgekehrt in der Gruppe der forensischen Patienten mit der kürzesten Aufenthaltsdauer bis 43 Monate eine hohe Verlegungszahl.

> Fall 11: Bei der Einweisung in den Maßregelvollzug 33-jähriger Patient, persönlichkeitsgestört mit Debilität; Einbruchsdiebstähle als Einweisungsdelikte. Er äußerte: "... Wenn die Stationsleiter, die Sachverständigen für uns psychisch Geschädigte sind, dann bin ich Sachverständiger für alle möglichen Fugen in unseren Mauern und Gittern hier."

Tabelle XXX:

Dauer der Unterbringung und Anzahl der Rückstufungen

Dauer der Unterbringung		Zahl der Rückstufungen keine	bis 4	6 u. m.	total
bis 43 Monate	n	19	9	6	34
	%	18,8	8,9	5,9	33,7
44-80 Monate	n	9	15	9	33
	%	8,9	14,9	8,9	32,7
80 Monate und mehr	n	4	9	21	34
	%	4,0	8,9	20,8	33,7
Summe:	n	32	33	36	101
	%	31,7	32,7	35,6	100,1

Manifeste Form der Rückstufung ist die Verlegung des Patienten auf eine Vorstufestation.

Erwartungsgemäß findet man die höchste Rückstufungszahl bei Patienten mit langer Aufenthaltsdauer, und zwar bei 20,8% der Patienten.

Die Patienten, die keine Rückstufung gehabt haben, findet man in allen Stufen der Aufenthaltsdauer, den höchsten Prozentsatz sieht man jedoch bei Patienten mit kürzester Aufenthaltsdauer.

Tabelle XXXI:

Dauer der Unterbringung und Entlassung

Dauer der Unterbringung		Entlassen nach Hause	sonstige	Exitus	total
bis 43 Monate	n	14	15	5	34
	%	13,9	14,9	5,0	33,7
44-80 Monate	n	17	15	1	33
	%	16,8	14,9	1,0	32,7
80 Monate und mehr	n	9	24	1	34
	%	8,9	23,8	1,0	33,7
Summe:	n	40	54	7	101
	%	39,6	53,5	6,9	100,1

Aus der Tabelle ist einerseits deutlich ersichtlich, daß ein letaler Abschluß der Unterbringung eines forensischen Patienten im Maßregelvollzug in den frühen Jahren der Unterbringung stattfindet.

Entlassung ins häusliche Milieu ist wesentlich seltener nach langjähriger Unterbringungsdauer zu erwarten.
Nach mehrjährigem Aufenthalt im Maßregelvollzug kommen mehr die sonstigen Entlassungsrichtungen in Frage, wie beispielsweise Verlegung ins allgemeinpsychiatrische Krankenhaus.

Tabelle XXXII:

Dauer der Unterbringung und Anzahl der nichtklassifizierten Verlegungen

Dauer der Unterbringung		Nichtklassifizierte Verlegungen keine	1-3	4 u. m.	total
bis 43 Monate	n	11	20	3	34
	%	10,9	19,8	3,0	33,7
44-80 Monate	n	5	25	3	33
	%	5,0	24,8	3,0	32,7
80 Monate und mehr	n	4	17	13	34
	%	4,0	16,8	12,9	33,7
Summe:	n	20	62	19	101
	%	19,8	61,4	18,9	100,1

Bei exakt definierten strukturellen und funktionellen Physiognomien der jeweiligen Station, insbesondere in bezug auf die stufenweise Förderung, kommt es in der Praxis nicht allzu selten vor, daß doch gewisse Verlegungen einfach stattfinden, ohne daß man ihnen den Charakter einer entsprechenden Einstufung zuschreiben kann. Die Anregung dazu kommt meistens ganz spontan vom Patienten, oder von seiten der Therapeuten.

Es braucht nicht unbedingt als Resignationszeichen für die Zusammenarbeit interpretiert zu werden, wenn man zusammen zum Ergebnis kommt: "Wir schaffen es zusammen zum jetzigen Zeitpunkt offensichtlich nicht". Das künstliche weitere Beibehalten der Zusammenarbeit würde nur destruktiv wirken, deshalb entschließt man sich zu einem solchen Schritt, "versuchen wir jetzt was anderes, viel dafür spricht eigentlich nicht, dagegen noch weniger". Dieser Schritt ist kein Experimentieren oder Nachgeben, weder von Therapeuten- noch Patientenseite, sondern vielmehr eine therapeutische Ex-juvantibus-Maßnahme. Man hofft dabei - oder besser gesagt - spürt, daß eine solche Maßnahme nur etwas Besseres bringen kann in der thera-

peutischen Entwicklung des Patienten. Dabei wird absichtlich nicht festgelegt, ob die Verlegung eine Förderung oder aber Rückstufung ist.
Signifikant geht daraus hervor, daß bei den meisten Patienten aller Unterbringungsdauer 1-3 solcher Verlegungen - um sich selbst zu finden - stattgefunden haben. Die höchste Zahl mit 10,9% der durchgeführten nichtklassifizierten Verlegungen war in der kürzesten Stufe der Unterbringungsdauer (bis zu 43 Monaten).

7.3. Das Delikt

Im folgenden Studienabschnitt werden verschiedene Parameter beobachtet aus der Sicht des zur Einweisung in den Maßregelvollzug führenden Deliktes. Alle Deliktarten wurden gruppiert in drei große Gruppen:

a) Gewaltdelikte mit

Körperverletzung,
Körperverletzung mit Todesfolge,
Totschlag,
insgesamt .....29 Patienten (28,7%)

b) Sexuelle Straftaten mit

sexueller Beleidigung,
Exhibitionismus
Unzucht mit Kindern ohne/mit Gewaltanwendung,
versuchter und durchgeführter Vergewaltigungen,
insgesamt .....35 Patienten (34,7%)

c) Eigentumsdelikte mit

Diebstahl,
Raub,
Brandstiftungen,
insgesamt .....37 Patienten (36,6%)

Tabelle XXXIII:

Deliktart und psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt der Einweisung in den Maßregelvollzug Eickelborn

		Diagnose			
Deliktart		Psychose/ hirnorg. Sch.	Neurose Persönl. Stö.	Oligo- phrenie	total
Gewalt	n	20	7	2	29
	%	19,8	6,9	2,0	28,7
Sex.	n	5	19	11	35
	%	5,0	18,8	10,9	34,7
Eigen- tum	n	10	15	12	37
	%	9,9	14,9	11,9	36,6
Summe:	n	35	41	25	101
	%	34,7	40,6	24,8	100,0

Wie aus der Tabelle hervorgeht, neigt zu Gewaltstraftaten ein an einer Psychose bzw. hirnorganischen Schädigung Erkrankter als die Patienten mit anderen diagnostischen Feststellungen.
Eigentumsdelikte werden bei Persönlichkeitsgestörten bzw. Neurotikern in höherer Prozentualität gefunden als bei Oligophrenen und am wenigsten bei Psychotikern bzw. hirnorganisch Geschädigten.

Tabelle XXXIV:

Deliktart und Vorstrafen

Deliktart		Vorstrafen keine	bis 3	4-6	7 u. m.	total
Gew.	n	14	1	7	7	29
	%	13,9	1,0	6,9	6,9	28,7
Sex.	n	3	11	17	4	35
	%	3,0	10,9	16,8	4,0	34,7
Eig.	n	4	13	10	10	37
	%	4,0	12,9	9,9	9,9	36,6
Summe:	n	21	25	34	21	101
	%	20,8	24,8	33,7	20,8	100,0

Signifikant in der Tabelle ist einerseits die Rubrik ohne Vorstrafen, hier wird eine große Zahl der Gewalttäter verzeichnet. Dafür spricht die häufige Singularität der aktuellen Straftat.

Die Eigentumsdelikte gehören zu einer auffällig monotropen Straftatneigung; aus der Tabelle wird dies nicht direkt ersichtlich, in Urteilsuntersuchungen aber wird eine Einschlägigkeit festgestellt. Hierzu sei ein Auszug aus einer Beurteilung des Prognosegutachtens eines Sachverständigen zitiert: "... kaum ein anderer Monotroper mit einem Typ von Rechtsverletzungen auffallender Täter stellt sich so weitgehend einheitlich dar, wie der mit häufigen Betrügereien in Erscheinung tretende Mensch".

Tabelle XXXV:

Deliktart und Anzahl der Entweichungen während des Aufenthaltes im Maßregelvollzug

Deliktart		Entweichungen keine	1-2	3 u. m.	total
Gew.	n	20	8	1	29
	%	19,8	7,9	1,0	28,7
Sex.	n	19	11	5	35
	%	18,8	10,9	5,0	34,7
Eig.	n	13	10	14	37
	%	12,9	9,9	13,9	36,6
Summe:	n	52	29	20	101
	%	51,5	28,7	19,8	100,0

Hierbei fällt auf, daß an erster Stelle von Nichtentweichern die Gewalttäter stehen, danach folgen die Sexualstraftäter; die kleinere Zahl gehört zu den Eigentumsrechtsbrechern.

Darüberhinaus ist auch aus der Tabelle ersichtlich, daß es in der Rubrik von ganz geringen und sporadischen Entweichungen (1-2) noch immer relativ hohe Zahlen bei allen Delikten gibt.

> Fall 12: Bei der Einweisung in den Maßregelvollzug 22-jähriger Patient, Persönlichkeitsstörung als Diagnose, Diebstahlsdelikte führten zur Einweisung. Er äußerte: "Nicht nur die lächerlichen zwei Stunden, worüber man bei den Therapeuten tagt und tagt bis man mir das gewährt; ich beweise, daß ich im sogenannten "Umgang mit der Freiheit" auch zwei Tage verkraften kann."

Auffällig ist an dieser Tabelle auch, daß "permanente Entweicher" in erster Linie die Straftäter mit Eigentumsdelikten sind.

> Fall 13: Zum Zeitpunkt der Einweisung in den Maßregelvollzug 33-jähriger Patient. Diagnose: Debilität; Diebstahl als Einweisungsdelikt. Er äusserte: "Die Mörder und Sittlichkeitsverbrecher oder die mit Fernsehfahndungen können nicht mit uns kleinen Eier-Klauern verglichen werden! Das wäre ungerecht, aber Ungerechtigkeit gibt es immer, z. B. gerade Mörder werden schneller entlassen".

Die Ungerechtigkeit liegt aber in entgegengesetzter Richtung: Aus der alltäglichen Praxis heraus gewinnt man den Eindruck, daß der Therapeut leichter eine Entweichung in Kauf nimmt, wenn es sich um Straftäter mit Eigentumsdelikten handelt.

7.4. Psychiatrische Diagnose

Die häufigsten diagnostischen Feststellungen von Sachverständigen werden in diesem Abschnitt der Studie in drei psychiatrische Diagnosegruppen verteilt:

a) Endogene und exogene Psychosen wurden mit hirnorganisch geschädigten Patienten (34,7%) zusammengefaßt.

b) Die zweite Diagnosegruppe bilden (mit 40,6%) die Persönlichkeitsgestörten und Neurotiker.

c) Die kleinste Patientengruppe von 24,8% waren Oligophrene.

Tabelle XXXVI:

Psychiatrische Diagnose und Entwicklung der oppositionellen Haltung des Patienten während des Aufenthaltes im Maßregelvollzug

		Opposition			
Diagnose		Nein	Diskret	Massiv	total
Psychose/ hirnorg. Stör.	n	25	8	2	35
	%	24,8	7,9	2,0	34,7
Neurosen/ Persönl.- Stör.	n	15	11	15	41
	%	14,9	10,9	14,9	40,6
Oligo- phrenien	n	12	7	6	25
	%	11,9	6,9	5,9	24,8
Summe:	n	52	26	23	101
	%	51,5	25,7	22,8	100,0

Die Tabelle zeigt, wie auch aus der Praxis zu erwarten, daß hirnorganisch Geschädigte zusammen mit Psychotikern eigentlich keine oppositionelle Einstellung zeigen und entwickeln, ebenso wie eine beträchtliche Zahl der Oligophrenen verschiedener IQ Beeinträchtigungsstufen.

Die relativ hohe Zahl von Neurotikern und Persönlichkeitsgestörten überrascht nicht, die in der Rubrik von massiven oppositionellen Haltungen doch die führende Position haben, da dies auch den allgemeinen Eindruck aus der Praxis bestätigt.

7.5. Entwicklung von Opposition

Permanente Beurteilung der Umwelt ist ein menschlicher Prozeß. Dies enthält neben dem individuellen einen stark kollektiven Charakter, auch wenn es sich um eine Menschen-

gruppe handelt, die nicht freiwillig zusammengesetzt und untergebracht ist.

Um so mehr ist die Einschätzung der Institution und Beurteilung des Personals spezifisch, wenn es sich um psychisch kranke Straftäter handelt. Um so mehr auch deswegen, weil man auffordert zu mehr konstruktiver Zusammenarbeit und - nach Möglichkeit - reibungsloses Einleben in das geschaffene therapeutische Unterbringungsmilieu erwartet. Das Akzeptieren der Unterbringung als solche in den Maßregelvollzug von Patienten oder ihre Zustimmung zu der Notwendigkeit wird von seiten der Therapeuten nicht immer erwartet. Obwohl sie den Therapieablauf in der Regel erschwert und den therapeutischen Zugang zum Patienten kompliziert, wird das Nichtakzeptieren durch strikte Ablehnung der Institution gerade zum Gegenstand des therapeutischen Vorgehens. Diese Merkmale begleiten oft zwangsweise Unterbringungsformen. Sie erreichen gelegentlich die Ausprägung echter Opposition; hierunter verstehen die Therapeuten nicht nur Beurteilung eigener Unterbringung, Einstellung zur Institution, sondern auch die Haltung im therapeutischen Tagesablauf im Maßregelvollzug.

Über echte Opposition spricht man, sei diese diskret oder massiv ausgeprägt, wenn es dem untergebrachten Patienten im Laufe seiner Entwicklung Schäden zufügt.

Die oppositionelle Haltung beobachtet man nicht selten schon zu Anfang der Therapie, sie entsteht und entwickelt sich meistens während und parallel zur forensisch-psychiatrischen Therapie im Maßregelvollzug.

Tabelle XXXVII:

Entwicklung von Opposition und Anzahl der nichtklassifizierten Verlegungen im forensischen Bereich Eickelborn

		Nichtklassifizierte Verlegungen			
Opposition		keine	1-3	4 u. m.	total
Nein	n	16	25	11	52
	%	15,8	24,8	10,9	51,5
Diskret	n	2	18	6	26
	%	2,0	17,8	5,9	25,7
Massiv	n	2	19	2	23
	%	2,0	18,8	2,0	22,8
Summe:	n	20	62	19	101
	%	19,8	61,4	18,8	100,0

Mit hoher Signifikanz ist festzustellen, daß Nicht-Oppositionelle in höherer Zahl keine nichtklassifizierten Verlegungen durchmachen. Auch diskret entwickelte Opposition und noch mehr massive erlebt in der Praxis relativ selten (1-3 Mal) nichtklassifizierte Verlegungen.

Dies dürfte auch dafür sprechen, daß die Therapeuten eine Opposition nicht durch eine bloße Verlegung lösen oder abbauen wollen und umgekehrt; auch manifestierte Opposition erzwingt nicht automatisch schon indifferente Verlegungen.

7.6. Entweichungen

Jegliches unerlaubte Entfernen von der Station wird als Entweichung eingestuft. Dabei werden in der Regel sofort der zuständige Stationsleiter, Pflegevorsteher und Bereichsleiter benachrichtigt. Außerdem wird per Fern-

schreiben die zuständige Staatsanwaltschaft darüber informiert, so daß die Fahndung herausgegeben wird.

Grundsätzlich wird eine Entweichung als ungünstiges Entwicklungsmerkmal des Patienten eingestuft, dessen Verlauf mit Sorge verfolgt wird.

Sobald der Patient aus der Entweichung in den forensischen Bereich zurückgeführt wird, ist die Entweichung Gegenstand des weiteren therapeutischen Vorgehens im Rahmen einer "Entweichungsaufarbeitung". Immerhin erscheint in der Persönlichkeitsbeurteilung des betroffenen forensischen Patienten ein zusätzliches Merkmal "entweichungsgefährdet". In der Regel befindet sich auf der ersten Seite der Krankengeschichte ein auffälliger Aufkleber mit der Bemerkung: "entwichen".

Tabelle XXXVIII:

Anzahl der Entweichungen und Zahl der Verlegungen im forensischen Bereich

		Zahl der Verlegungen			
Entweichungen		1-5	6-13	14 u. m.	total
Keine	n	25	17	10	52
	%	24,8	16,8	9,9	51,5
1-2	n	7	12	10	29
	%	6,9	11,9	9,9	28,7
3 u. m.	n	0	6	14	20
	%	0,0	5,9	13,9	19,8
Summe:	n	32	35	34	101
	%	31,7	34,7	33,7	100,0

Mit hoher Signifikanz korrelieren Entweichungstendenzen negativ mit der Verlegungspraxis. Man tendiert nämlich in der Regel dazu, nach abgeschlossener Entweichung den Patienten nicht auf der gleichen Station wieder aufzunehmen, sondern eine Rückstufung wird vorgezogen.

Aus lerntherapeutischer Sicht erfährt der Betroffene, aber auch seine Mitpatienten, daß die Entweichung nicht als ein günstiges Vorkommnis aufzufassen ist, sondern entsprechende Konsequenzen nach sich zieht.

Tabelle XXXIX:

Entweichungen und Anzahl der Rückstufungen im forensischen Bereich Eickelborn

		Rückstufungen			
Entweichungen		keine	bis 4	6 u. m.	total
Keine	n	26	17	9	52
	%	25,7	16,8	8,9	51,5
1-2	n	6	12	11	29
	%	5,9	11,9	10,9	28,7
3 u. m.	n	0	4	6	20
	%	0,0	4,0	5,9	19,8
Summe:	n	32	33	36	101
	%	31,7	32,7	35,6	100,0

Nach der Rückkehr aus der Entweichung wird versucht, eine Gesamtwürdigung der Entweichungszeit vorzunehmen, damit eine entsprechende Rückstufung erfolgen kann. Dies gelingt leichter, wenn es sich um "unkomplizierte Entweichungen" handelt: Das hängt sicherlich nicht nur von der Entweichungsdauer (es ist nicht gleich, ob die Entweichung nur stundenweise oder wochenlang andauerte), sondern auch von der Persönlichkeit des Entwichenen ab.

Ein eventueller Versuch, den Entwichenen doch wieder auf der gleichen Station aufzunehmen, stößt auf erhebliche Widerstände. "Wieso ist er entwichen und kriegt die gleiche Förderungsstufe, das ist ungerecht, wenn ich entweichen würde...", ist der Kommentar unter den Mitpatienten zu hören. Nicht nur die Mitpatienten, sondern auch Mitarbeiter fühlen sich durch eine solche Maßnahme zu der Stellungnahme bewegt, daß eine solche "Ungerechtigkeit" unerläßlich ist. "Wie ist jetzt das Klima unter den Mitpatienten ruhigzuhalten?" Erstaunlicherweise empfindet nicht selten auch der Entweicher dies als verkehrt: "Tun Sie mich bitte ins Feste Haus, zumindest für ein paar Tage, dann sprechen wir weiter, dann hat sich der Sturm gelegt, und ich brauche auch meine Ruhe...", dies ist von Entweichern nicht selten zu hören.

Auch Patienten, die noch nicht entwichen sind, werden aus verschiedenen Gründen zurückgestuft. Am meisten kommen dabei Krankheitsverschlechterungen, disziplinäre Gründe, prophylaktische Gründe und ganz selten - für die Therapeuten und Umwelt ein kaum begreifbarer Grund - auf eigenen Wunsch.

Tabelle XL:

Entweichungen und Anzahl der nichtklassifizierten Verlegungen im forensischen Bereich

		Nichtklassifizierten Verlegungen			
Entweichungen		keine	1-3	4 u. m.	total
Keine	n	15	31	6	52
	%	14,9	30,7	5,9	51,5
1-2	n	5	19	5	29
	%	5,0	18,8	5,0	28,7
3 u. m.	n	0	12	8	20
	%	0,0	11,9	7,9	19,8
Summe:	n	20	62	19	101
	%	19,8	61,4	18,8	100,0

Auffallend ist, daß unter Entweichern immer versucht wird, unproblematisch abgelaufene Entweichung nicht unbedingt mit Rückstufung abzurunden, sondern einen neuen weiteren Entwicklungsweg zu suchen.

7.7. Verlegungen innerhalb des forensischen Bereichs

Der forensische Bereich Eickelborn umfaßt mehrere Stationen mit verschiedenem Charakter und Aufgaben (wie schon unter Punkt 3.3 beschrieben). Die Verlegung eines Patienten von einer Station zur anderen kann den Charakter einer Förderung oder Rückstufung haben, oder aber neutral aussehend als eine "nichtklassifizierte" Verlegung ablaufen. Die Entscheidung über die Förderungsverlegung trifft ausschließlich die Rottland-Konferenz als höchste maßgebende Instanz der Institution.

Wenn es sich um Rückstufungen handelt, trifft der zuständige Stationsleiter eine verantwortliche Entscheidung. Dies ist eine Angelegenheit, die auf der nächsten Rottland-Konferenz besprochen wird, schriftlich niedergelegt und auf diese Weise bestätigt wird.

Die sogenannten nichtklassifizierten Verlegungen verlaufen zumeist nach gemeinsamer Absprache zwischen den Therapeuten von zwei Stationen. Und zwar erfolgt dies in Form einer internen Fallbesprechung, danach wird gemeinsam die Entscheidung getroffen, zunächst von beiden Stationsleitern die Verantwortung getragen, die später auf der Bereichskonferenz vorgetragen und wie alle wichtigen Entscheidungen protokolliert wird.

Tabelle XLI:

Übersicht der Anzahl von Verlegungen der Patienten innerhalb des forensischen Bereiches Eickelborn

Verlegungen	n	%	Verlegungen	n	%	Verlegungen	n	%
1	4	4,0	12	7	6,9	24	1	1,0
2	5	5,0	13	3	3,0	26	2	2,0
3	8	7,9	14	3	3,0	28	3	3,0
4	7	6,9	15	2	2,0	29	2	2,0
5	8	7,9	16	2	2,0	31	1	1,0
6	6	5,9	17	1	1,0	37	1	1,0
7	8	7,9	18	2	2,0	38	1	1,0
8	2	2,0	19	2	2,0	41	1	1,0
9	3	3,0	20	2	2,0	44	1	1,0
10	4	4,0	21	1	1,0	48	1	1,0
11	2	2,0	22	3	3,0	49	1	1,0
Summe:	57 (56,5)			29 (28,9)			15 (15,0)	

Knapp über eine Hälfte der Patientenzahl erlebte doch eine niedrige Zahl von Verlegungen im forensischen Bereich. Der Gipfel bewegt sich offensichtlich bei 5 Verlegungen mit 7,9% der Patienten und 3-7 Verlegungen, ebenfalls 7,9%.

Im zweiten Teil der Tabelle wird eine deutliche Abnahme der Patientenzahl beobachtet, die eine höhere Verlegungszahl erlebten, die im letzten Teil sehr hohe Verlegungszahl, z. B. 31-49 Verlegungen im Maßregelvollzugsbereich kamen insgesamt bei 7% der Fälle vor.

Tabelle XLII:

Verlegungen und Rückstufungen im forensischen Bereich

		Rückstufungen			
Verlegungen		keine	bis 4	6 u. m.	total
1-5	n	29	3	0	32
	%	28,7	3,0	0,0	31,7
6-13	n	3	27	5	35
	%	3,0	26,7	5,0	34,7
14 u. mehr	n	0	3	31	34
	%	0,0	3,0	30,7	33,7
Summe:	n	32	33	36	101
	%	31,7	32,7	35,6	100,1

Erwartungsgemäß wird die Zahl von Verlegungen durch stationäre Rückstufungen begleitet. In dieser Hinsicht besteht aber keine direkte Parallelität, so daß man etwas vereinfacht sagen kann, daß eine Rückstufung durch entsprechende Förderungsverlegung ausgeglichen wird.

Besonders nach mehreren Rückstufungen erfolgen immer langsamer Förderungsmaßnahmen, wobei der Förderungscharakter dazu neigt, immer verschwommener, undeutlicher zu werden.

Solche wiederholten Förderungsversuche haben ihren ursprünglichen Förderungs- und Forderungscharakter nur noch für die Therapeuten; für den Patienten hat das in der Regel schon lange nur einen Lockerungscharakter übernommen und behalten. Somit verliert der eigentliche Förderungscharakter immer mehr an ursprünglicher Bedeutung.

Die Einstufung einer solchen Maßnahme als Förderung klingt trocken, entfernt von der Realität, zu theoretisch. Viele von solchen wiederholten Förderungen, die nach x-ter Rückstufung erfolgen, lassen sich eher in die nichtklassifizierte Verlegung gruppieren. Oft ist es der Wunsch vom Patienten und sein ausdrückliches Versprechen: "...diesmal ... neue Chance". Dem wird dabei von den Therapeuten weder pessimistisch, noch weniger optimistisch, viel eher resignierend, "...schon wieder" entsprochen.

Der häufigste Grund zur Rückstufung ist eine Entweichung. Wenn ein Patient das erste Mal entweicht, ist es realistisch zu überlegen, ob er nach seiner Rückkehr auf der gleichen Station wieder aufgenommen wird. Wenn er aber zum zweiten Mal entweicht, erfolgt zumeist eine Rückstufung für eine gewisse Zeit und später kommt er nochmals auf die gleiche Förderungsstufe. Wenn er aber zum dritten Mal oder auch mehrere Male entweicht, wird eine weitgehendere Rückstufung vorgenommen, so daß er in seinem späteren Werdegang mehrere Hindernisse bis zum Erreichen der gleichen Stufe vor dem Zeitpunkt der Entweichung überwinden muß.
Somit wird sein Werdegang im Maßregelvollzug in Anbetracht der gewünschten Entlassung, die als Endziel angestrebt wird, zur Sisyphusarbeit: Das Ziel scheint immer unerreichbarer zu sein, der Weg immer komplizierter, die Zukunftsperspektive geht nicht selten verloren.

Tabelle XLIII:

Gesamtverlegungen im forensischen Bereich und nichtklassifizierte Verlegungen

		nichtklassifizierte Verlegungen			
Verlegungen		keine	1-3	4 u. m.	total
1-5	n	17	15	0	32
	%	16,8	14,9	0,0	31,7
6-13	n	3	32	0	35
	%	3,0	31,7	0,0	34,7
14 u.	n	0	15	19	34
mehr	%	0,0	14,9	18,8	33,7
Summe:	n	20	62	19	101
	%	19,8	61,4	18,8	100,1

Wie aus der Tabelle hervorgeht, schleicht sich mit der Steigerung der Verlegungszahl progredient auch der Charakter des neutralen ein: Die nichtklassifizierten Verlegungen nehmen zu.

Tabelle XLIV:

Verlegungen im forensischen Bereich und Pflegergruppenausgang

		Pflegergruppenausgang			
Verlegungen		nein	unregelmäßig	regelmäßig	total
1-5	n	7	3	22	32
	%	6,9	3,0	21,8	31,7
6-13	n	1	15	19	35
	%	1,0	14,9	18,8	33,7
14 u.	n	3	17	14	34
mehr	%	3,0	16,8	13,9	33,7
Summe	n	11	35	55	101
	%	10,9	34,7	54,5	100,1

Je mehr die Verlegungen stattfinden, desto deutlicher kommt ein Trend zu unregelmäßigem Ausgang unter pflegerischer Aufsicht zum Vorschein.

Die gleiche Feststellung konnte in bezug auf Gruppenausgang und Einzelausgang gemacht werden. Dies ist verständlich, da es einige Zeit dauert, bis auf der neuen Station eine therapeutische Beziehung neu aufgebaut ist.

Tabelle XLV:

Verlegungen im forensischen Bereich und Rückverlegungen aus Krankheitsgründen

		Rückverlegung aus Krankheitsgründen			
Verlegung		keine	1	2 u. m.	total
1-5	n	24	8	0	32
	%	23,8	7,9	0,0	31,7
6-13	n	11	15	9	35
	%	10,9	14,9	8,9	34,7
13 u.	n	7	5	22	34
mehr	%	6,9	5,0	21,8	33,7
Summe:	n	42	28	31	101
	%	41,6	27,7	30,7	100,1

Die Tabelle macht deutlich, daß Rückverlegungen aus Krankheitsgründen mit Verlegungen überhaupt korrelieren.

Die gleiche Feststellung konnte in bezug auf die Anzahl der Verlegungen aus Platzgründen gemacht werden und auch bei prophylaktischen Rückstufungen, so bei denen, die "auf eigenen Wunsch" stattfinden oder aber wegen Gewaltanwendung und sonstigen Disziplinargründen, einschließlich unerlaubtem Alkoholgenuß.

7.8. Rückstufungen

Bei den meisten Patienten im forensischen Bereich Eickelborn liegt das Zentrum des therapeutischen Vorgehens offenbar in einem lerntherapeutischen Prozeß.

Aktuelle Wünsche vom Patienten während der Unterbringung werden vom Therapeuten nicht nur kritisiert, abgeblockt, gedämpft, sondern man versucht die individuellen Anregungen konstruktiv zu steuern, zu überwachen und zu kanalisieren. Dieses dynamische Geschehen erfüllt den Alltag des Patienten wie auch den des Therapeuten.

Im Jargon spricht nicht nur der Patient, sondern auch der Pfleger über "Bonbons" oder "bittere Pillen".

Hochinteressant ist die Meinung vieler Patienten "für uns ist es eher eine Förderung, wenn man den Besuch eine halbe Stunde länger kriegen kann, als eine Verlegung auf eine andere Station, die für die Therapeuten eine weiterführende Station bedeutet". (Stationssprecher der Wachstation a aus einer Stationsversammlung vom Dezember 1982.)

Tabelle XKVI:

Rückstufungen und Anzahl der nichtklassifizierten Verlegungen

		nichtklassifizierte Verlegungen			
Rückstufungen		keine	bis 4	6 u. m.	total
keine	n	16	16	0	32
	%	15,8	15,8	0,0	33,7
bis 4	n	4	27	2	33
	%	4,0	26,7	2,0	32,7
6 u.	n	0	19	17	36
	%	0,0	18,8	16,8	35,6
Summe:	n	20	62	19	101
	%	19,8	61,4	18,8	100,0

Mit hoher Signifikanz korrelieren die hier betrachteten Parameter. Wer nie zurückgestuft wurde, braucht auch keine neutralen Maßnahmen.

Andererseits wird die auffällig hohe Rückstufungszahl durch Versuche begleitet, die Rückstufungen auf das "neutrale Gleis" zu verlegen. Gerade diese Praxis weist eine Grauzone auf; man weiß nach etlichen Rückstufungen fast kaum mehr, ob die x-te Rückstufung noch eine wirkliche Rückstufung ist oder neutral bewertet wird.

Aus der Tabelle geht auch hervor, daß die größte Zahl von Patienten in der mittleren Gruppe beider Parameter ist; als ob die Rückstufungen durch nichtklassifizierte Verlegungen ersetzt werden und damit immer mehr einen neutralen Charakter bekommen.

Tabelle XLVII:

Rückstufungen und Pflegergruppenausgang

		Pflegergruppenausgang			
Rückstufungen		nein	unregelmäßig	regelmäßig	total
keine	n	7	2	23	32
	%	6,9	2,0	22,8	31,7
bis 4	n	2	12	19	33
	%	2,0	11,9	18,8	32,7
6 u.	n	2	21	13	36
mehr	%	2,0	20,8	12,9	35,6
Summe:	n	11	35	55	101
	%	10,9	34,7	54,5	100,0

Mit der wachsenden Zahl der Rückstufungen reduziert sich die Zahl der regelmäßigen Ausgänge unter pflegerischer Aufsicht, wächst aber die Unregelmäßigkeit des Pflegergruppenausgangs.
Ähnliche Ergebnisse werden auch in bezug auf Gruppen- und Einzelausgang erhoben (vgl. S. 102f.).

7.9. Hauptdiagnosen

Aus der Studie der strafrechtlichen Begutachtung von forensischen Patienten wird aus psychiatrischer Sicht selten nur eine Diagnose festgestellt. Diese sind dann in der Regel endogene Psychosen oder hirnorganische Schädigungen. Viel häufiger wird vom Sachverständigen eine zweit- bzw. mehrdiagnostische Beurteilung vorgenommen. Es wird dabei zur Frage der Verantwortungsfähigkeit zum Zeitpunkt der begangenen Straftat eine "führende" diagnostische Feststellung gemacht, daneben aber werden weitere seelische Normabweichungen beschrieben, die zweit- oder begleitpsychiatrische Diagnose.

Tabelle XLVIII:

Hauptdiagnose und psychopharmakologische Behandlung

		psychopharmakologische Behandlung		
Diagnose		nein	ja	total
Psychose/ hirnor.Stör.	n	9	26	35
	%	8,9	25,7	34,7
Neurosen/ Persönl.Stö.	n	31	10	41
	%	30,7	9,9	40,6
Oligo- phrenien	n	22	3	25
	%	21,8	3,0	24,8
Summe:	n	62	39	101
	%	61,4	38,6	100,1

Was die Psychose und hirnorganische Veränderungen betrifft, fällt die Tabelle wie erwartet aus. Die Oligophrenen erscheinen am meisten durch sporadische, aber akut auftretende eretische Phasen medikamentös behandlungsbedürftig. Unter den Psychotikern ist immer wieder eine Gruppe von Patienten, die krankheitsbedingt strikt Medikamente ablehnen, was nicht als oppositionelle Haltung zu verstehen ist.

Erstaunlich ist an der Tabelle, und nicht unbedenklich, daß ca. 1/4 der Patienten aus der Gruppe Neurosen/Persönlichkeitsstörungen regelmäßig mit Psychopharmaka (ausschließlich Tranquilizer) behandelt werden. Genaueres über den Anfang einer solchen ungünstigen und sicherlich für die Gesundheit schädlichen Entwicklung läßt sich weniger sagen als zu vermuten.

Im Rahmen der stationären Beobachtung bleiben die Gründe, die zur medikamentösen Behandlung Persönlichkeitsgestörter führen, vielmals verborgen. Genaue Studien von Pflegerberichten, insbesondere von denen zu Beginn der Nachtwache, zeigen: Persönlichkeitsgestörte versuchen mit vielen Mitteln an Tranquilizer heranzukommen, in erster Linie um sie weiterverkaufen zu können. (Unter Patienten spricht man davon, daß eine Tablette 25 mg Praxiten 5 DM kostet.)

Überraschend ist die hochgradige Bereitschaft, auf Kosten eigener Gesundheit das Ziel erreichen zu wollen.

Ausnahmesituationen, die im Pflegerbericht als "Patient war sehr unruhig" spärlich beschrieben werden, enden nicht selten durch das Verabreichen von Tranquilizern nach Genehmigung des diensthabenden Arztes. Der Versuch, ein sachliches Gespräch in solchen Situationen zu führen, führt wie schon erwähnt, oft eher zu einer gesteigerten

Erregung des Patienten, wobei seine Unzufriedenheit und Verbitterung sich sehr schnell im allgemeinen Stationsklima ausbreiten. "Ich sage es Ihnen nochmals, geben Sie mir Praxiten oder Tavor, wenn schon in Eickelborn Valium gestorben ist! Bla, bla, brauche ich nicht", hört man von Patienten.

In späterer Aufarbeitung von solchen Zwischenfällen in Gesprächen mit Patienten konnte nicht selten die Beobachtung gemacht werden, daß persönlichkeitsgestörte Patienten, die nach dem § 63 StGB untergebracht sind, sich nicht mit den Patienten vergleichen möchten, die nach dem § 64 StGB untergebracht sind. Durch die Kontakte mit dieser Patientengruppe während des Ausgangs erleben die Patienten nach dem § 63 StGB eine deutliche Ablehnung, dargelegt oft als "ihr, Geisteskranke oder Schwachsinnige, nach dem hoffnungslosen § 63 StGB untergebracht, vergammelt, wir machen richtige Therapie... wir haben unsere Probleme... mit Euch wollen wir nichts zu tun haben..." Es wird nämlich von seiten der Patienten, die nach dem § 64 StGB untergebracht sind, in aller Deutlichkeit klargemacht, daß sie sich selbst als "edle" psychiatrische Klienten betrachten. In solchen sporadischen Kontakten betonen die suchtkranken Straftäter, die auch zum Teil psychiatrisch-psychologische Kenntnisse besitzen, daß der Ausdruck Mister - nicht Yavis in Bezeichnung von Patienten, die nach dem § 63 StGB untergebracht sind, zutreffend sei. Darin wird der Glauben von suchtkranken Patienten sichtbar, daß sie eine elitäre Patientengruppe seien, ein Mister YAVIS-Patient mit Eigenschaften: "Jung, attraktiv, redegewandt, intelligent und erfolgreich". (Englisch: young, attractive, verbal, successful)[37].

---

[37] GOLDSTEIN, A.: Strukturierte Lerntherapie, München-Wien-Baltimore, 1978, S. 5-6.

Tabelle XLIX:

Hauptdiagnose und Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit

Diagnose		Entmündigung keine	durchgeführt	total
Psychose/ hirnorg. Schäden	n	9	26	35
	%	8,9	25,7	34,7
Neurosen/ Persönl.- Störungen	n	21	20	41
	%	20,8	19,8	40,6
Oligo- phrenien	n	6	19	25
	%	5,9	18,8	24,8
Summe:	n	36	65	101
	%	35,6	64,4	100,0

Aus der Tabelle geht signifikant hervor, daß die größte Zahl von hier durchgeführten Entmündigungen bei psychotischen und auch oligophrenen Patienten erfolgten, so daß bei diesen nur knapp jeder dritte nicht entmündigt wurde.

Noch erstaunlicher erscheint, daß fast die Hälfte der Persönlichkeitsgestörten im LKH entmündigt wurden. Die betriebene Entmündigungspraxis korreliert auch mit der Dauer der Unterbringung, so daß, je länger ein Patient im Maßregelvollzug bleibt, desto größere "Chancen" hat er, entmündigt zu werden.

Wenn mit großer Wahrscheinlichkeit keine der einschlägigen Rückfälle zu befürchten sind, sondern vielmehr "nur" noch die Schwere der Krankheit im Vordergrund steht, hat sich die Praxis eingeschlichen, die Patienten zu entmündigen. Man kann dem Gericht plausibel machen, daß das Weiterbestehen des § 63 StGB nicht für unbedingt notwendig erachtet wird, da entsprechende Überwachung/Sorge durch den

Vormund gewährleistet ist.

Die meisten Kandidaten der Entmündigung sind Patienten mit Defektzuständen bei chronifizierten Psychosen und Schwachsinn.

Die Richtigkeit eines solchen Vorgehens steht unter dem Fragezeichen "eine mildere Maßnahme zu gewähren". Die Kriterien für eine objektive Einschätzung, "ob die Voraussetzungen zur Entmündigung vorliegen", müssen durch die Unterbringung im künstlichen Milieu relativiert werden. Laut Gesetzestext im BGB soll eine Entmündigung durchgeführt werden im Interesse des Betroffenen, nicht um in erster Linie die Entlassung aus der strafrechtlichen Unterbringung zu erzielen.

> Fall 14: Zum Zeitpunkt der Einweisung in den Maßregelvollzug 26-jähriger Patient. Persönlichkeitsstörung wurde diagnostisch attestiert; Diebstahlshandlungen führten ihn zur strafrechtlichen Unterbringung. Zur Frage der eventuellen Entmündigung äußerte er: "...Wenn ich 80 DM von der Justiz bekomme und wenn ich fleißig bin, dann noch 55 DM, dann verdiene ich im Monat DM 135,--, und wenn ich von dem Geld jeden Tag eine Schachtel Zigaretten kaufe, was im Monat DM 90,-- ausmacht, bleiben mir noch DM 45,-- übrig. Ich verstehe Euch Therapeuten ganz gut, wenn Ihr sagt, daß wir Patienten mit dem Geld nicht umgehen können, daß wir mehr als die Hälfte für das Rauchen ausgeben, selbstverständlich ist es so aus Ihrer Sicht, wo Ihr in normalen Verhältnissen lebt. Was soll ich tun, um Euch zu beweisen, daß ich doch mit dem Geld umgehen kann und trotz so vielen Jahren des Freiheitsentzugs,

wie soll ich es Euch beweisen, daß ich nicht entmündigt werden brauche, aber na ja, ich unternehme nichts dagegen, ich sehe schon ein, sobald der § 63 StGB aufgehoben wird, werde ich mit meinem Vormund absprechen und die Wiederbemündigung anschließend beantragen".
In mehreren Kontakten schienen die Gerichte nicht uninformiert zu sein über diese Praxis.

Tabelle L:

Hauptdiagnose und Entlassung von einer gelockerten Station des forensischen Bereiches Eickelborn

		Entlassung		
Diagnose		nein	ja	total
Psychose/ hirnorg. Störungen	n	17	18	33
	%	16,8	17,8	32,7
Neurosen/ Persönl.-störungen	n	8	33	41
	%	7,9	32,7	40,6
Oligo-phrenien	n	7	18	25
	%	6,9	17,8	24,8
Summe:	n	32	69	101
	%	31,7	68,3	100,1

Vorwiegend werden die Patienten von einer gelockerten Station entlassen. Erstaunlich ist, daß bei Psychotikern fast eine Hälfte der Entlassungen aus einer Bereitschaftsstation erfolgt, die zweite aus einer gelockerten Station. Die Schwere des psychotischen Krankheitsbildes spielt dabei eine entscheidende Rolle. Viele von ihnen verbleiben auf vormundschaftsgerichtlicher Basis doch stationär geschlossen psychiatrisch im Krankenhaus.

Die relativ hohe Zahl von Entlassungen der Persönlichkeitsgestörten aus lockeren Bedingungen läßt sich auf ihre positive Entwicklung zurückführen.

An der Tabelle fällt noch auf, daß eine relativ hohe Zahl mit 31,7% der Patienten aus nichtgelockerten Bedingungen zur Entlassung aus strafrechtlicher Unterbringung gebracht werden. Hierbei handelt es sich um einen auf den ersten Blick paradoxen Vorgehen, das der eigentlich den Prinzipien der stufenweisen Lockerung widerspricht. Die durch die Therapie erzielte Besserung soll durch allmähliche und progrediente Gewährung von Lockerung begleitet werden, die als logische Folgerung die Entlassung von einer gelockerten Station haben soll. Hierbei handelt es sich um die Patientengruppe, die eine Entlassungsreife erreicht hat. Die Entlassungsprozedur wird in ungünstigen Fällen vom Patienten gestört, am meisten durch die permanente Entweichung. Der Drang, selbstgewährte, momentane und auch vorübergehende Freiheit zu geniessen und anschließend alle Konsequenzen zu tragen, scheint bei dieser Patientengruppe größer zu sein, als die notwendige Geduld zu haben und Selbstbeherrschung in verführerischen Situationen aufzubringen, um eine konstruktiv gestaltete, "endgültige" Entlassung zu erreichen.

Außerdem beobachtet man gerade bei dieser Patientengruppe von Entlassenen aus nicht gelockerten Bedingungen im Rahmen der therapeutischen Entlassungsvorbereitungen ein Mißtrauen, und letztendlich Zweifel an der realistischen Möglichkeit, eine endgültige Entlassung zu erleben "... nach so vielen Entweichungen? ...wirklich? ..." hört man öfter von den Patienten.

Eine kleine Zahl von Patienten aus dieser Gruppe gehört zu denen, die überhaupt nicht entlassen werden wollen. Sie wissen, daß der Therapeut letztendlich nicht eine Entlas-

sung nach einer "frischen Entweichung" befürworten kann.

Tabelle LI:

Entwicklung von Opposition und psychopharmakologische Behandlung

		psychopharmakologische Behandlung		
Opposition		nein	ja	total
nein	n	25	27	52
	%	24,8	26,7	51,5
diskret	n	17	9	26
	%	16,8	8,9	25,7
massiv	n	20	3	23
	%	19,8	3,0	22,8
Summe	n	62	39	101
	%	61,4	38,6	100,0

Signifikant aus der Tabelle erscheint, daß die oppositionelle Haltung bei nicht mit Medikamenten behandelten forensischen Patienten relativ gleichmäßig in allen Stufen zu sehen ist.

Einen besonders großen Anteil der nicht-medikamentös behandelten Patienten, die keine Opposition entwickeln, machen die Oligophrenen aus.

Unter medikamentös behandelten Patienten zeigen die Psychotiker und wieder einmal die Persönlichkeitsgestörten keine oppositionelle Haltung. Die Oligophrenen, die meistens mit niedrig dosierten schwachen Neuroleptika mit Tranquilizerwirkung behandelt werden, zeigen eine zunehmende oppositionelle Haltung.

Spezifische somatische Behandlung im forensischen Bereich Eickelborn, die hier vielleicht als Digression erwähnenswert ist, stößt bei den Patienten in der Regel auf Ab-

lehnung, sehr selten wird ihr zugestimmt, nie gibt es Gleichgültigkeit. Dies wird nicht als Opposition eingestuft.

In der pharmakologischen Behandlung von Patienten mit sexueller Deviation bei überstarkem Triebdruck wird das hormonell triebdämpfend wirkende Cyproteronacetat verwendet. Es handelt sich um eine Blockade von Rezeptoren, die im menschlichen Körper auf männliche Hormone reagieren. Das Mittel ist ein synthetisch gewonnener Stoff mit antiandrogener und gestagener Wirkung. Der Handelsname lautet "Androcur". Ein Medikament, das per os in Dosierung von 100-300 mg täglich verabreicht wird, oder aber als Androcur-Depot i.m. 300 mg (3 ml) in Abständen von 10-14 Tagen injiziert wird[38].

Die erwartete Wirkung wird in unserer alltäglichen Praxis meistens nach 4-8 Wochen vom Patienten selbst angegeben, seltener vor der vierten Woche und noch seltener nach der achten Woche der angefangenen Therapie. Es wird eine Hemmung von Libido und Potenz beobachtet. Man spricht bei der Androcur-Behandlung von temporärer Kastration[39].

Die triebdämpfende Therapie mit Androcur wird zunächst auf unbestimmte Zeit eingeleitet, in den meisten Fällen zwischen zwei und fünf Jahren. Die Fortsetzung der Androcur-Therapie wird nicht selten auch nach der Entlassung empfohlen, gelegentlich auch zur Auflage bei der Entlassung auf Bewährung empfohlen. Viel häufiger aber muß die

---

38 BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 14. Aufl. Neu bearb. v. M. Bleuler, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979, S. 537.

39 SCHULTE-TÖLLE: Psychiatrie. 5. überarb. u. ergänzte Aufl., Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1979, S. 130-142.

Androcur-Therapie in der Praxis ganz oder vorübergehend abgebrochen oder reduziert werden. Hierzu zwingen zumeist die ausgeprägten unerwünschten Nebenwirkungen. Diese sind im somatischen Bereich: Gynäkomastie, Neigung zu Übergewicht, Osteoporose mit Lumbalgien; das ausgeprägte Verschwinden von sekundären männlichen Sexualmerkmalen wird jedoch selten beobachtet. Iatrogen durch die Therapie mit Androcur ausgelöste pathologische Knochenbrüche oder Carinoma mammae als extreme Nebenwirkungserscheinung wurden in der Behandlungspraxis mit Androcur in Eickelborn nie gesehen.

Die erwähnte spezifische Sexualtherapie mit Androcur findet erst nach ausdrücklicher Zustimmung des Betroffenen bzw. auch gegen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters statt. Hierfür ist im hiesigen Landeskrankenhaus ein "Revers" angefertigt worden mit Aufklärung über die Therapie einschließlich der Nebenwirkungen und in Anlehnung an die Information des Herstellers (Firma Schering) in Berlin.

Auch schon vor der Therapie werden im Rahmen von Routineuntersuchungen Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule und Beckenübersichtsaufnahmen gemacht, außerdem routinemäßige Laboruntersuchungen mit Elektrolyten und auch ein Hepatogramm. Diese Untersuchungen werden im Laufe der Therapie regelmäßig in Abständen von sechs Monaten wiederholt, im Zweifelsfall auch öfter.

Die operative Kastration als Behandlungsmethode hat in den letzten Jahren wesentlich an Bedeutung verloren. Seitdem der forensische Bereich Eickelborn existiert, sollten rund 80 Kastrationen durchgeführt worden sein. Im Rahmen dieser Studie konnte man nur zwei Patienten mit durchgeführten Kastrationen finden. Von den hier untersuchten 101 Patienten wurden im Gutachten als führende Krankheitsbezeichnung bei sechs Patienten (= 5,9%) sexuelle Deviation

festgestellt, bei 4 von ihnen wurde die Kastration als zentrale Behandlungsmethode von Sachverständigen empfohlen, also nur zur Hälfte auch durchgeführt.

Sexuelle Deviation wurde bei 19 Patienten (= 18,8%) mit zweitrangiger diagnostischer Bedeutung von Gutachtern festgestellt, dabei ist keine Kastration empfohlen worden.

Die operative Kastration, die in der Vergangenheit üblich war, wird heute im forensischen Bereich Eickelborn nicht mehr praktiziert. Grund zur Ablehnung von der Patientenseite und auch vom Therapeuten ist die hochgradige iatrogene Invalidität, die Irreversibilität, aber auch die Befürchtung von schweren depressiven Zuständen bei Kastraten und zwar in den ersten sechs Monaten nach der durchgeführten Operation, solange sich auch die triebdämpfende Wirkung noch nicht eingestellt hat[40].

Es ist eine therapeutische Maßnahme, die bei über 25 Jahre alten Männern nach eigener Zustimmung und Genehmigung des Kastrationsausschusses bei der zuständigen Ärztekammer durchführbar ist.

Im Rahmen einer Pharmakotherapie der alkoholgefährdeten Patienten hat die Disulfiram-Therapie ihren Platz gefunden. Bei klarer Indikationsstellung und ausdrücklicher Zustimmung des Patienten und nach durch klinisch- und labortechnische Zusatzuntersuchungsbefunde ausgeschlossenen somatischen Krankheiten wird Antabus seltener als Implantation eingepflanzt, öfter wird das Medikament per

---

[40] CORNU, F.: Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeitsdelinquenten aus forensisch-psychiatrischer Sicht. S. Karger, Basel-München-Paris-London-New York-Sidney. Bibliotheca Psychiatrica, Nr. 149, S. 102-116.

os 100-500 mg gegeben[41]. Bei 7 Patienten, die mit Antabus-Implantation behandelt wurden, wurde diese Behandlung nicht fortgesetzt (bei 5 von ihnen wegen Wundheilstörung, bei einem wegen allergischer Erscheinungen und Herzkreislauf-Störung und bei einem Patienten wegen einer als anfallsfördernd bedeutend herabgesetzten Krampfschwelle). Spätere Umstellung auf orale Behandlung brachte bei diesen 7 Patienten weniger Erfolg, das Medikament wurde dann unregelmäßig eingenommen, so daß exzessive Alkoholmißbräuche weiter fortgesetzt wurden.

Abschließend sei zur psychopharmakologischen Behandlung noch erwähnt, daß im Rahmen stationärer Beobachtung von forensischen Patienten, die mit Psychopharmaka regelmäßig, zum Teil hochdosiert behandelt wurden, konnte keine unerwünschte Nebenwirkung bzw. Interaktion mit Tee oder Kaffee beobachtet werden[42].

7.10. Beurlaubung als höchste Lockerungsmaßnahme

In der ganzen Reihe von Lockerungsmöglichkeiten gilt als letzte Erprobung die Gewährung des Urlaubs. Diese Maßnahme wird ausschließlich nach Zustimmung des zuständigen Gerichts gewährt.

In der Regel fängt die Urlaubspraxis bei einem Patienten mit einem "Wochenendurlaub" oder Urlaub an "Feiertagen"

---

41 JACOBSEN, Erik: Verwendung von Disulfiram (Antabus). Die Medizinische Welt, F. K. Schattauer-Verlag, Sonderdruck Nr. 38, 23.09.67, S. 1-15.

42 KULHANEK, F. et al.: Zur Interaktion von Kaffee- und Teeinfusen mit Neuroleptika. Deutsche Apotheker Zeitung Sonderdruck Nr. 38, 18.09.80, S. 1-19.

an, später wird dies allmählich und stufenweise vermehrt bis zum sogenannten Arbeitsurlaub von zumeist drei Monaten. Man versucht dabei immer die Beurteilung von Familienangehörigen zu bekommen über den Verlauf des Urlaubs. Solche Berichte von Familienangehörigen oder sonstigen Bezugspersonen, bei welchen der Patient den Urlaub verbracht hat, werden in der Krankengeschichte festgehalten, nicht selten auch wörtlich. Für den Therapeuten bleiben die Angaben trotzdem mehr hinweisend als absolut verläßlich.

Tabelle LII:

Beurlaubung und Besucherausgang

		Besucherausgang			
Urlaub		nein	unregelmäßig	regelmäßig	total
keinen	n	32	8	12	52
	%	31,7	7,9	11,9	51,5
1-2	n	10	10	8	28
	%	9,9	9,9	7,9	27,7
3 u.	n	7	3	11	21
mehr	%	6,9	3,0	10,9	20,8
Summe:	n	49	21	31	101
	%	48,5	20,8	30,7	100,0

Eine Parallelität zwischen beiden Parametern fällt signifikant auf: Der Patient, der öfter und regelmäßig Besuche bekommt bzw. Besucherausgänge genießt hat dadurch eine günstige Basis, um Urlaub zu erhalten. Ein Feedback-Effekt läßt sich hier bemerken: Reibungslos abgelaufene Urlaube stimulieren später auch Besucherausgänge.

Tabelle LIII:

Beurlaubung und Entlassung von gelockerter Station

		Entlassung von gelockerter Station		
Urlaub		nein	ja	total
keinen	n	22	30	52
	%	21,8	29,7	51,5
1-2	n	3	25	28
	%	3,0	24,8	27,7
3 u.	n	7	14	21
mehr	%	6,9	13,9	20,8
Summe:	n	32	69	101
	%	31,7	68,3	100,0

Sofern Urlaub gegeben wurde, ist die größere Zahl von Entlassungen von einer gelockerten Station bei Patienten, die sporadisch 1-2 mal in Urlaub gewesen sind. Bei mehrmaligen Beurlaubungen dürfte die Abnahme der Entlassung von gelockerten Bedingungen darin liegen, daß nicht alle solche Beurlaubungen reibungslos verlaufen sind.

7.11. Entlassungsproblematik

Entlassungsvorbereitungen als abschließende Maßnahme bei forensischen Patienten, die nach dem § 63 StGB untergebracht sind, stellen sich recht problematisch dar.

Die gestellte "gute" Prognose und Befürwortung einer bedingten Entlassung des Patienten bedeutet noch lange nicht das Ende der therapeutischen Tätigkeit für den Betroffenen. Eine sorgfältige Vorbereitung der Entlassung bedeutet nicht nur den Versuch, die schon lange angestrebte Entlassung aus dem Maßregelvollzug zu erreichen,

sondern auch die optimale Regelung der Alltagsstruktur in der Lebensphase nach der stationären Unterbringung. Den Patienten in die Gesellschaft einzugliedern, stößt auf viele Widerstände. Nach durchschnittlicher langer Trennung von der Öffentlichkeit ist die Verbindung zur Außenwelt erheblich erschwert. Um so mehr, da viele Patienten schon vor der Einweisung nicht vollkommen in die Gesellschaft integriert waren. Ihre rechtswidrige strafbare Handlung als antisoziales Verhalten resultierte oft aus asozialen Lebensumständen[43]. Diese schlechten Bedingungen können in einer ungünstigen Lebenssituation zu einer kriminellen Tat führen.

Es mag schon paradox sein, ist aber zutreffend, wenn die Therapeuten behaupten, daß sie schon zum Zeitpunkt der Aufnahme eines neuen forensischen Patienten auch an seine Entlassung denken. Es muß zumindest ein orientierendes Bild geschaffen werden, damit konkrete therapeutische Maßnahmen vorgenommen werden können (vgl. S. 66 Lockerung).

Welche Entlassungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung?

Eine Möglichkeit ist sicherlich die Entlassung nach Hause, in das häusliche Milieu. Sozial-psychiatrische Aspekte kommen mehr zum Tragen, wenn, wie bei vielen unserer Patienten, die zwar Angehörige, aber keine ansprechbaren Bezugspersonen haben.
Übergangswohnheime bieten sich an, der Patient muß hier allerdings nach höchstens zwei Jahren eine andere Unterbringung finden.

---

[43] LANGELÜDDEKE, A., BRESSER, P. H.: Gerichtliche Psychiatrie, 4. Aufl., de Gruyter, Berlin-New York, S. 240-244.

Die Unterbringung in einem Heim ist auch eine Möglichkeit, die Wartezeit stellt jedoch eine große Schwierigkeit dar.

Die Übernahme in Familienpflege ist eine weitere Möglichkeit, die aber in den letzten Jahren offensichtlich als Möglichkeit rapide abnimmt.

Als "Krankheitsfall" doch im Landeskrankenhaus zu verbleiben, sei es im Landeskrankenhaus Eickelborn oder in ein anderes vergleichbares Krankenhaus verlegt zu werden, ist eine auf zivilrechtlicher Rechtsgrundlage durch den Vormund oder freiwillig recht häufig praktizierte Möglichkeit.

Die Abschiebepraxis von ausländischen psychisch kranken Straftätern kam im Rahmen dieser Studie nicht vor.

Tabelle LIV:

Richtung der Entlassung

Entlassen	n	%
Nach Hause	40	39,6
Übergangswohnheim	5	5,0
Heim/Familienpflege	15	14,9
JVA	4	4,0
Krankheitsfall in einem LKH	30	29,7
Verstorben	6	5,9
Suizid	1	1,0
Summe:	101	100,1

Die größte Zahl der Patienten (39,6%) wurde nach Hause entlassen. An zweiter Stelle sind mit 29,7% Patienten aus der strafrechtlichen Unterbringung als Krankheitsfälle im Landeskrankenhaus untergebracht worden. Eine solche Ver-

legung bringt praktisch keine nennenswerte Änderung, die Patienten bleiben weiterhin geschlossen psychiatrisch untergebracht, jedoch mit größerer Nähe zu Vormund oder Eltern.

Eine kleinere Zahl von 4% wurde in die JVA verlegt. 6,9% der Patienten verstarben wegen interkurrenter Krankheiten (ein Patient an einer akuten Lungenembolie, ein Patient an unklaren Folgen einer Erfrierung während der Entweichung, ein Patient an malignem Tumor des Darmtraktes, drei Patienten an Herzkreislauf-Versagen, alle Patienten ohne abschliessender Autopsie) und ein Patient suizidierte sich im Laufe einer psychotischen Exazerbation durch Vergiftung nicht geklärter Ursache.

Tabelle LV:

Übersicht der entmündigten Patienten im forensischen Bereich Eickelborn

Entmündigung	n	%
Nicht entmündigt	36	35,6
Entmündigt wegen Geistesschwäche	39	38,6
Schon vor der Aufnahme entmündigt	16	15,8
Hier wiederbemündigt	1	1,0
Entmündigt wegen Geisteskrankheit	9	8,9
Summe:	101	99,9

An der Tabelle fällt auf, daß eine relativ kleine Zahl von Patienten (35,6%) während des Aufenthaltes im forensischen Bereich Eickelborn nicht entmündigt worden sind.
Auf der anderen Seite ist bemerkenswert, daß 15,8% der Patienten schon vor der Einweisung entmündigt waren.

Nur ein Patient konnte während des Aufenthaltes im Maßregelvollzug wiederbemündigt werden.

8. Zusammenfassung

In dieser Studie wurde versucht, den Verlauf der Unterbringung von forensischen Patienten in dem Maßregelvollzug nach § 63 StGB zu untersuchen vom Zeitpunkt ihrer Einweisung an bis zur Entlassung. Es wurde die Karriere von 101 männlichen Patienten beobachtet, die in der Zeit vom 1. Januar 1981 bis zum 31. Dezember 1982 aus dem forensischen Bereich des Landeskrankenhaus Eickelborn entlassen worden sind.

Nach einer orientierenden Einleitung wurde der forensische Bereich des Landeskrankenhauses Eickelborn skizziert. Es wurde das Patientengut und das Therapeutenteam, die gemeinsam in einer Zusammenarbeit die forensische Therapie gestalten, in den zur Verfügung stehenden räumlichen Gegebenheiten geschildert.

Es wurde darüberhinaus betont, daß die zentrale therapeutische Vorgehensweise, die sogenannte stufenweise Förderung ist. MARTKE schreibt: "Die schrittweise Einübung in die Freiheit muß also einen sehr hohen Stellenwert bei der Wiedereingliederung eines Patienten haben"[44].

Hervorgehoben wurde auch, daß alle Entscheidungen im Rahmen der Bereichskonferenz getroffen werden und den Charakter eines verbindlichen Beschlusses haben.

Beim Studium der Realisierungsmöglichkeiten der strikten stufenweisen Förderung als therapeutisches Konzept trat

---

[44] MARTKE, K.-D.: Bewährungstraining bei strafrechtlich Untergebrachten. Bezirkskrankenhaus Haar (Hrsg.). In: 75 Jahre Bezirkskrankenhaus Haar-München, 1980, S. 278.

eine spezifische Verlegungspraxis in den Vordergrund. Sie wird zwangsläufig zum Synonym der stufenweisen Förderung bzw. begleitet sie ständig. Gerade dieses "Symbolisieren" von Freiheit wird allmählich zum Inhalt des Auftrags "Besserung und Sicherung". Dies wurde auch unmittelbarer Anlaß dieser Studie.

8.1. Zum forensischen Patient

Das Alter des Probanden bei der Einweisung in den Maßregelvollzug (s. Diagramm 1) reicht von 18 Jahren bis zu 76 Jahren. Die größte Zahl der Männer (7,9%) war 24 Jahre alt.

In der Untersuchung der Patientengruppe, die ihre stationäre forensische Unterbringung abgeschlossen haben, fällt in der Analyse der beruflichen Tätigkeit auf, daß 81,2% aller Probanden ungelernte Hilfsarbeiter gewesen waren. Bei dieser Patientengruppe wurden häufiger Unterbrechungen des Berufslebens unterschiedlich lange Arbeitslosigkeit in Gerichtsurteilen oft vermerkt.

Für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung vor der Einweisung in den Maßregelvollzug läßt sich feststellen, daß das häusliche Milieu bzw. Aufenthalt im Strafvollzug oder Unterbringung im Landeskrankenhaus zu jeweils ca. 1/5 beobachtet werden konnte. Auch eine sehr große Zahl von forensischen Patienten (18,8%) hatte in der Vorgeschichte als auffällige Lebensumstände Gefängnis und Landeskrankenhaus gehabt. Nicht vorbestraft waren nur 19,8% der Patientengruppe, die aus dem Maßregelvollzug entlassen wurden. Dies entspricht der nicht wesentlich höheren Zahl von Nicht-Vorbestraften in der Querschnittsuntersuchung

von SCHUMANN (1979: 18,3%)[45]. Die größte Zahl von Patienten mit 55,5% hatte aber zwei bis sechs Vorstrafen.

Neurosen zusammen mit Persönlichkeitsstörungen lagen diagnostischerseits mit 32,7% an erster Stelle, es folgten Psychosen mit 28,7% und Oligophrenien mit 24,8%. Das Vorliegen einer zweit-psychiatrischen Diagnose konnte bei 68,3% von allen Patienten beobachtet werden, wobei an erster Stelle mit 35,6% der Patienten Alkoholabusus angegeben wird. Bei 31,7% konnte keine psychiatrische Zweitdiagnose festgestellt werden.

Einweisungsdelikte bei den untersuchten 101 psychisch kranken Straftätern waren mit 36,6% Eigentumsdelikte, danach folgen Sexualstraftäter mit 34,7% und 28,7% der Patienten wurden wegen Gewaltdelikten in den Maßregelvollzug eingewiesen.

Ein ungünstiges Zusammentreffen einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung und einer Straftat führte in vielen Fällen Patienten in den Maßregelvollzug nach dem § 63 StGB zur Besserung und Sicherung.

8.2. Forensischer Therapieverlauf

Im spezifischen forensischen Vorgehen des Therapeuten ist stets der Leitfaden Symptomminimalisierung. Man versucht dabei am "Symptom" bei vorliegender psychischer Beeinträchtigung das Kriminogene zu minimalisieren, wenn schon nicht ganz zu beseitigen. Wenn man davon ausgeht, wie in der klassischen Literatur beschrieben wird, daß "Psychotherapie die Behandlung von Krankheiten mit seelischen

---

[45] SCHUMANN, V.: Psychisch kranke Rechtsbrecher im Maßregelvollzug - Eine Querschnittsuntersuchung im WLK Eickelborn. Diss. Münster 1983, S. 88.

Mitteln sei", dann hat die Psychotherapie einen wichtigen Platz in der Behandlung von forensischen Patienten[46]. Sie wird im forensischen Bereich Eickelborn meistens als kurzes psychotherapeutisches Vorgehen betrieben. Einzelgespräche haben 69,3% der forensischen Patienten während der Unterbringung im Maßregelvollzug in Anspruch genommen, die größte Zahl aber mit 59,4% nahm unregelmäßig an dieser Therapie teil. Eine Beziehung Patient/Therapeut, laut Verlaufsbericht in den Krankengeschichten, wird oft als gestört beschrieben.

Die Teilnahme an Gruppengesprächen war noch geringer. Eine regelmäßige Teilnahme wird nur bei 27,7% der Patienten beobachtet. Die größte Gruppe von Patienten (54,5%) hatte nicht an Gruppengesprächen teilgenommen.

Tiefenpsychologische Verfahren wurden nicht angewandt, einerseits weil keiner von den hier tätigen Therapeuten eine solche Zusatzausbildung besitzt und andererseits weil man diesbezüglich der Meinung ist, wie HEINZ angibt, "tiefenpsychologische Verfahren haben sich bei dieser Klientel und unter den Bedingungen des Freiheitsentzuges als weniger geeignet herausgestellt"[47].

Zur psychopharmakologischen Behandlung im forensischen Bereich Eickelborn läßt sich nicht viel sagen, was hochspezifisch wäre, vielleicht aber die Bemerkung eines Gutachters aus dem Prognosegutachten eines unserer Patienten: "...daß nicht alle therapiebedürftigen Psycho-

---

46 SCHULTE-TÖLLE: Psychiatrie. 5. überarb. u. ergänzte Aufl. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1979, S. 303.

47 GRETENCORD, L. und HEINZ, G.: Auftrag und Leistung der Klinik für Gerichtliche Psychiatrie Haina, Dörr. 21.-Werk Heinemeyer, Heinz-K., 1983, S. 4.

tiker entsprechend medikamentös behandelt werden in Eickelborn sieht man nicht selten, beim Psychopathen XY Psychopharmaka hin und wieder gegeben werden, wobei sicherlich keine Notwendigkeit hierzu besteht". Man ist in Eickelborn als freiheitsentziehender Institution tatsächlich sehr zurückhaltend, Zwangsbehandlung zu betreiben, zumindest solange sich aus dem Verhalten des Patienten keine Gefahren für sich und andere ergeben. In Grenzfällen verwendet man "gutes Zureden" als Persuasionsmethode, im hiesigen Jargon "sanfte Gewalt".

Eine hohe Zahl von Patienten nahm regelmäßig an der Arbeitstherapie teil, eine noch höhere Anzahl gehört zu denen, die unregelmäßig gearbeitet haben. Strikte Ablehnung als allgemeine Einstellung zur forensischen Therapie zeigte eine geringe Patientenzahl mit 4,0%. Sozialtherapeutische Aktivitäten mit gemeinsamen Wanderungen, Kino- und Theaterbesuchen, sonstige kulturelle Veranstaltungen mit Gottesdienst, Teilnahme an bestimmten Krankenhausfeiern, aber auch Sport, Kegeln und ähnliche gemeinschaftliche Spiele erwecken beim Patienten viel Interesse, finden aus organisatorischen Gründen relativ selten oder, wie die Patienten es empfinden, nur unzureichend statt. Sie werden erst nach dem Erreichen bestimmter Lockerungsstufen zu einem Anreizpunkt für die Patienten, ihre Förderung weiter anzustreben.

Entmündigungen wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit war bei 15,8% der hier untersuchten Patientengruppe schon vor der Einweisung in den Maßregelvollzug erfolgt. Bei der Entlassung aus der strafrechtlichen Unterbringung waren 64,4% aller Patienten entmündigt.

In der vorgelegten Studie konnte eine unterschiedliche Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug Eickelborn bei forensischen Patienten gefunden werden. Ungleichmäßig

verteilt sieht man bei den Patienten 1-302 Monate Unterbringungsdauer. Die Dauer unter zwei Jahren kann nicht als abgeschlossene forensische Behandlung betrachtet werden, da von 16 Patienten (15,8%), die im forensischen Bereich Eickelborn bis zu zwei Jahren verbracht haben, 13 verlegt worden waren in andere vergleichbare Institutionen, drei übrige verstorben sind. Wenn man die übrigen vier Verstorbenen auch abzieht von der Gesamtzahl, ergibt dies, daß 81 Patienten im Durchschnittswert 71,9% Monate, das sind rund sechs Jahre, vom Tag der Einweisung nach dem § 63 StGB bis zur Entlassung im forensischen Bereich Eickelborn verbracht haben.
Dies ist eine hohe Aufenthaltsdauer, wenn man den ganzen Ablauf des Stationslebens in letzter Instanz als Therapie durch intensive Verlegungspraxis betrachtet.

8.3. Stufenweise Verlegungen

In der Strukturierung des forensischen Bereichs im WLK Eickelborn spiegelt die Verlegung eines Patienten von Station zu Station den erreichten Stand in der forensischen Therapie nach dem Prinzip der stufenweisen Förderung wider.

Neuaufnahmen erfolgen in der Regel auf der Station des Festen Hauses. Nach abgeschlossenem Therapieteil wird die Frage der weiteren Förderung auf der Bereitschaftskonferenz erörtert, der Patient wird vorgestellt, so daß man nach erfolgtem Beschluß den Patienten weiterfördern kann.

Andererseits ziehen ungünstige Entwicklungen Rückstufungen nach sich.
Viele der Verlegungen, seien sie Förderung oder Rückstufung, verlieren ihren ursprünglich gedachten Charakter und geraten nach einiger Zeit in eine konzeptuell nicht vorge-

sehene Verlegungspraxis, die als "neutrale" eingestuft werden muß.

Die vorgelegte Studie zeigt auch, daß die forensischen Patienten bis zu ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug eine nicht unbeträchtliche Zahl von "nichtklassifizierten" Verlegungen erlebt haben. Denn, in dem stufenweise aufgebauten Bereich hat man, schematisch gesehen, nicht so viele Förderungs- bzw. Rückverlegungsstufen, die eine recht große Zahl von Verlegungen rechtfertigen könnten, so daß man noch immer von Förderung bzw. Rückstufung sprechen könnte. Das Verblassen strikt aufgefaßten stufenweisen Förderung schleicht sich nach Auffassung von vielen forensischen Patienten ein.

Hierbei erlebt man nicht selten selbst Widerstände gegen geplante Förderung, die Patienten nehmen auch in Kauf, auf Lockerungen verzichten zu müssen und geben als Antwort das Sprichwort an: "Jedem Vöglein ist sein Nest lieb".

Bei einer Verlegung von der einen zur anderen Station, selbst wenn sie als schrittweise vorsichtige Förderung anzusehen ist, muß man sich dabei in die Lage des Patienten versetzen und sich vorstellen, daß jede Verlegung in sich ein Zerreißen von Fäden, die ihn zur alten Station verbinden, bringt, andererseits stellt sie den Patienten vor das Problem, sich wieder einzuleben in eine neue Umgebung.

Sich wiederum erneut einzuleben, dauert von Patient zu Patient individuell unterschiedlich lang, jeder braucht eben doch seine Zeit. Gerade diesen Zeitraum erleben die Patienten eher als Unterbrechung des therapeutischen Verlaufes denn als positive Möglichkeit. Neue intermenschliche Kontakte und darunter auch therapeutische Beziehungen müssen nach der Verlegung erst aufgebaut werden.

Gerade diese Frage: Die eingeleitete Therapie auf der neuen Station fortzusetzen, wurden einmal von einem Patienten kommentiert als "Wasser, das schon vorbeigeflossen ist, treibt keine Mühle", eine Einstellung, die sicherlich nicht vereinzelt ist. Die Förderungsverlegung kann erst nach dem Beschluß der Bereichsfachkonferenz als höchst entscheidenste Institution im forensischen Bereich stattfinden. Damit der Beschluß gefällt werden kann, wird die Entwicklung des Patienten mit der aktuellen Sachlage vom Stationsleiter ausführlich dargestellt. Im Laufe einer Fallvorstellung lassen sich drei Phasen erkennen: In der ersten Phase werden anamnestische Angaben gemacht mit der Entwicklung des Patienten und dem aktuellen Zustand. In diesem Abschnitt der Konferenz werden auch geplante Förderungsmaßnahmen geschildert und durch die Meinung des zuständigen Therapeuten über angesprochene Förderung wird das Bild vollständig.

Die zweite Phase beinhaltet die persönliche Vorstellung des Patienten. Oft ist der Patient vielen Teilnehmern der Konferenz nicht näher bekannt, nicht selten sogar unbekannt. Der Patient selbst weiß, welche Bedeutung seine Vorstellung auf der Bereichskonferenz hat, so daß er oft bei seiner persönlichen Vorstellung anders ist als man ihn vom alltäglichen Leben her kennt, wie etwa auf der Station, bei der Arbeit, bei sonstigen Aktivitäten. Sein Verhalten, gekennzeichnet durch Zurückhaltung, gewählten Worten und selbst sein äußerliches Aussehen spiegelt das Bedürfnis wider, sich im besten Licht darzustellen. Solche Beobachtung konnte besonders bei jenen Patienten gemacht werden, die relativ selten in der Bereichskonferenz vorgestellt werden. (Durchschnittlich wird jeder Patient einmal im Jahr der Bereichskonferenz vorgestellt, gehäufte Vorstellungen, wie einmal in drei Monaten, finden seltener statt. Noch seltener sind die "vergessenen Fälle", die in mehrjährigen Zeitabständen vorgestellt wurden. Im Rahmen der vorgelegten Studie konnte ein Patient gefunden werden,

bei dem zwischen insgesamt zweimal erlebter Vorstellung vor der Konferenz acht Jahre vergangen waren.
Die dritte abschließende Phase einer Fallvorstellung vor der Bereichskonferenz bildet die der Vorstellung folgende Diskussion, in der auch der Beschluß gefällt werden muß. Dieser Beschluß ist für alle Therapeuten verbindlich, Verantwortung trägt jedoch der Bereichsleiter.
Die Fallbesprechung, persönliche Befragung und besonders die darauffolgende Beschließung bzw. Suche nach der Entscheidung, immer in Abwesenheit des Betroffenen, empfinden die Patienten als "Ausübung der Gewalt von der Institution, die vielmehr juristische als therapeutische Merkmale beinhaltet". Die Beurteilung der Rottland-Konferenz muß daher für die Patientenseite nachvollziehbar bleiben: "Prozedur ist ähnlich wie bei meiner Hauptverhandlung, da saß ich auch vor vielen Leuten, wie vor einer Front, da mußte ich auch kämpfen, um das Beste für mich zu erzwingen ...Im Gerichtssaal aber fühlte ich mich nicht so verloren, weil ich den Richter als neutrale Persönlichkeit erleben konnte und nicht zuletzt den Verteidiger auf meiner Seite, am Ende kriege ich das Urteil direkt mitgeteilt..."

Die typischen Merkmale einer ärztlichen Fachbereichsvisite, die nicht existieren, erkennt man wenig bei der Gestaltung einer Fachbereichskonferenz. Doch nach Meinung von Therapeuten soll die Konferenz auch kein Ersatz für klassische Arztvisiten sein.

Rückverlegungen weisen immer darauf hin, daß Hindernisse verschiedener Herkunft in der Entwicklung des forensischen Patienten im Maßregelvollzug auftreten. Sie bedeuten zeitlich gesehen eine Verlängerung des Aufenthaltes.
Von den Patienten selbst wird dies als Bestrafung mit Erhöhung von Sicherungsmaßnahmen empfunden.
Der Therapeut soll aus diesen Umständen therapeutische Maßnahmen machen, die sich in der neu entstandenen Si-

tuation zu der Entwicklung des Patienten eignen.
Die Gründe zur Rückverlegung liegen im disziplinären Bereich nach Entweichungen, Entweichungsversuchen, Ausbrüchen, Gewaltanwendung, ernstgenommene Drohungen, aber auch prophylaktisch bei der Vermutung, daß eine Fehlentwicklung in absehbarer Zeit mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und aus dem Interesse der Erhaltung eines harmonischen Stationslebens.
Eine Rückverlegung wird nicht automatisch durch entsprechende Förderungsverlegung ausgeglichen, die Wege sind im Maßregelvollzugsbereich Eickelborn differenzierter, komplizierter. Rückstufung ist nicht nur eine Verlegung von einer weiterführenden Station auf die Vorstufe, nicht selten gleich Anfangsstufe, sondern gleichzeitig erfolgt die Bestimmung, für welchen Zeitraum der Patient rückgestuft werden soll und auch welche Förderungsschritte danach vorzunehmen sind.
Nach der ersten Rückstufung erfolgt in der Regel die Wiederaufnahme auf der "alten Station". Weitere Rückstufungen sollen dem Patienten aus lerntherapeutischer Sicht das Bewußtsein darüber vermitteln, daß sukzessiv erfolgte Rückverlegungen einen Anfangscharakter haben sollen, daher gehen wiederholte Rückverlegungen immer mehr zur Anfangsstufe über. Darauf folgende erneute Förderungen sind Suche nach neuen Wegen der Förderung. Man spricht von "Schienen verschiedener Geschwindigkeiten". Wenn eine "Förderungsschiene" versagt hat, wählt man die nächste, die in der Regel langsamer, sicherer läuft.

Nach solchen "erneuten Versuchen" bekommt die Verlegungspraxis für den Patienten immer mehr einen Labyrinth-Charakter, in welchem seine Entwicklungsfäden immer nebelhafter zu sehen sind.

8.4. Fehlentwicklung

Die Möglichkeit zur Fehlentwicklung in freiheitsentziehender Unterbringung ist stets gegeben. Im forensischen Bereich Eickelborn imponiert sie als oppositionelle Haltung zur Institution.
Im therapeutischen Vorgehen stellt die Widerstandsenergie ein bestimmtes Arbeitsfeld dar, die pädagogisch ins Konstruktive zu steuern ist. Ein Erfolg ist dabei kaum zu sehen. Untergrundaktivitäten vermehren sich proportional mit der Freiheitsentziehung: "Je geschlossener, desto krimineller", sagen die Patienten selbst zu ihren "Geschäften" auf den Stationen.
"Einem Spatz ist der Zweig teurer als ein goldener Käfig", ist als Sprichwort vom Patienten zu hören, als Darstellung der Motivation zur Entweichung. Ganz ausnahmsweise versuchen Patienten während der Entweichung zu arbeiten, am häufigsten führt der Weg in die schon bekannte Umgebung, wie Elternhaus, Bekanntenkreis, Selbsthilfegruppen oder aber ins Ausland.
Als besonders ungünstiges Zeichen in der Entwicklung des forensischen Patienten wird nach der Rückführung von der Entweichung eine begangene strafbare Handlung angesehen. Die Zahl von hier bekanntgewordenen Straftaten während der Entweichung ist relativ gering gewesen.
Zahlreiche Hindernisse stehen am Entwicklungsweg eines forensisch-psychiatrischen Patienten im Maßregelvollzug Eickelborn als Erprobung und Bewährung in der Bewältigung von neuen Aufgaben während der stufenweisen Förderung, doch über 100 Patienten gelang es, im Zeitraum von zwei Jahren das lange erwünschte Ziel zu erreichen, die

8.5. Entlassung

In der vorgelegten Studie bedeutet die Entlassung den Abschluß einer Karriere im Maßregelvollzug Eickelborn. Abschluß der forensischen Karriere in Eickelborn bedeutete

für 7 Patienten Exitus, für weitere 13 Verlegung in vergleichbare Einrichtungen, in der Regel als sogenannter Patientenaustausch. Von 81 entlassenen Patienten sind vom Zeitpunkt der Entlassung bis einschließlich zum 31. Dezember 1983 14 Patienten strafrechtlich wieder aufgenommen worden. Von diesen 14 strafrechtlich wiederaufgenommenen Patienten in so kurzem Zeitraum nach der Entlassung kommt der eine aus dem gleichen Landeskrankenhaus, Rechtsgrundlage bei der Einweisung: Widerruf der ausgesprochenen Bewährung.

> Fall 15: Zum Zeitpunkt der Entlassung 34-jähriger Patient. Diagnose bei der Ersteinweisung: Debilität; Zweitdiagnose: Alkoholabusus. Unterbringungsdelikte waren Brandstiftungen; 49 mal im forensischen Bereich verlegt, 23 mal erlebte der Patient wegen Alkoholkonsums und daraus folgenden massiven verbalen Drohungen, aber auch vitale Gesundheitsschädigungen, 7 Verlegungen nach ihrer Natur konnten als nichtklassifiziert eingestuft werden, hatte während der Unterbringung im Maßregelvollzug in Eickelborn 106 Monate verbracht. Wegen ausgeprägter Verwahrlosungstendenz schon vor der strafrechtlichen Unterbringung wurde der Patient wegen Geistesschwäche entmündigt. Der Patient wurde auf Bewährung entlassen, die Auflage war Alkoholabstinenz. Vormundschaftsgerichtlich blieb der Patient weiterhin im gleichen Landeskrankenhaus untergebracht. Nach der schriftlichen Mitteilung des Vormundes an den Bewährungshelfer über erneute Rückfälligkeit, (hierbei wurde an erneuten Alkoholkonsum gedacht) erfolgte Neueinweisung in den Maßregelvollzug.

Wesentlich größere Zahl von Wiederaufnahmen (13 Patienten) erfolgte vom Zeitpunkt der Entlassung bis zum 31. Dezember

1983 aus jener Patientengruppe, die nach außerhalb des Landeskrankenhauses entlassen worden sind, wie nach Hause, in die Familienpflege, das Übergangswohnheim und sonstige Einrichtungen. Aus dieser Patientengruppe ist der eine nach dem § 126 a StPO nach erneut begangener Straftat untergebracht, der Rest der 12 Patienten ist durch Widerruf der Bewährung bei nicht eingehaltener Auflage (neben der Alkoholproblematik fallen dabei die gestörten Kontakte zum Bewährungshelfer auf), aber auch nach begangener erneuter Straftat:

> Fall 16: Zum Zeitpunkt der Entlassung 33-jähriger Patient. Diagnose: Sexualneurose. Einweisungsdelikt: Exhibitionen vor Kindern. Verbrachte im Maßregelvollzug 59 Monate, dabei 31 mal verlegt, erlebte 9 Rückstufungen und 5 Verlegungen konnten als nichtklassifiziert verzeichnet werden. Der Patient war während der Unterbringung 14 mal entwichen. Entlassen ohne Auflagen. Am Tag der Entlassung beging der Patient einen bewaffneten Raub, woraufhin die sofortige Einweisung in den Maßregelvollzug Eickelborn als Widerruf der ausgesprochenen Bewährung erfolgte. Die Therapeuten haben sich gegen solche gerichtlichen Entscheidungen ausgesprochen. Der Patient hat keine Beschwerde gegen solche gerichtlichen Entscheidungen eingelegt, so daß sie aufrechterhalten blieb. So Patient "Was heißt entlassen? ...Das ist für mich wie ein Traum... Ich hatte von der Freiheit mehr während meinen Entweichungen. Mir gefällt es hier besser als im Knast, gewisse Zeit halten Sie mich fest, irgendwann werden Sie mich auch fördern,..." lachte der Patient bei der Wiedereinweisung.

Ein markanter Fall wie dieser, der sicherlich kein Einzelfall im forensischen Bereich Eickelborn war, stellt den Therapeuten mehr vor juristische als therapeutische Pro-

bleme. Denn man wehrt sich im forensischen Bereich Eickelborn gegen eine Verwahrungsaufgabe. Psychiatrisierung in der Gesellschaft, wenn dies auch nur eine Randgruppe von Straftätern betrifft, ist eine zweifelhafte Maßnahme und widerspricht nicht zuletzt dem Auftrag an den forensischen Therapeuten, weil der Besserungswunsch nicht ersichtlich ist.

9. Diskussion

In der Realisierung des therapeutischen Ziels, für ein straffreies Leben des psychisch kranken Rechtsbrechers nach seiner Entlassung aus der stationären Unterbringung zu sorgen, bietet die forensische Therapie im Maßregelvollzug dem Untergebrachten verschiedene intrainstitutionelle Entwicklungswege.
Neben sicherlich zahlreich existierenden positiven Therapieansätzen, die Therapeuten in nicht günstigen, objektiven Gegebenheiten durch konstruktive Zielsetzung im therapeutischen Vorgehen gestalten bzw. anstreben, ergeben sich folgende Diskussionspunkte:

9.1. Wenn man davon ausgeht, daß "alles", was mit dem Patient während der Zeit der Unterbringung geschieht, Therapie sei[48], sollte der Tagesablauf stets in jedem Abschnitt, dem therapeutischen Besserungsauftrag entsprechen. Dies wird machbar, wenn ein umfassendes schriftliches Konzept für den forensischen Bereich ausgearbeitet wird. Schon zum Zeitpunkt der Einweisung sollte der Patient mit dem therapeutischen Programm vertraut werden. Eine bis jetzt bestehende Hausordnung kann nicht ein therapeutisches Konzept ersetzen.

---

[48] S. (7), S. 161.

9.2. In Anlehnung an ein generelles therapeutisches Konzept wird ein individueller Behandlungsplan ausgearbeitet nach der Gesamtbeurteilung der Persönlichkeit.

9.3. Im therapeutischen Vorgehen müßte wichtiger Bestandteil zum Prinzip werden: "Der Mitarbeiterstab einer Behandlungseinrichtung soll nur die Verantwortung übernehmen, die die Patienten selbst nicht tragen können"[49]. Damit würde man zum Teil erhebliche nachvollziehbare Widerstände ausräumen können, die durch die schon eingeschliffene Bevormundung des Patienten durch die Therapeuten hervorgerufen worden ist.

9.4. Therapeutisches Klima soll so gestaltet werden, daß jeder Untergebrachte stets überzeugt ist, daß die Anstrengungen vom Therapeutenteam auf seine Besserung mit dem Ziel einer Entkriminalisierung orientiert sind und nie, daß Sicherung im Vordergrund steht, aus der sich blosse Verwahrung ergeben würde. Eine solche therapeutische Orientierung mit Akzentuierung der Besserung schließt nicht Sanktionsmaßnahmen aus, die sollen aus therapeutischer Sicht beibehalten werden wie auch in allen anderen vergleichbaren Institutionen.

9.5. Sozialtherapeutische Maßnahmen wie Anknüpfen, Unterstützen und Befestigen von Kontakten mit der Außenwelt würde die Therapiemotivation sicherlich verbessern, weil nicht zuletzt "nur wenn der Klient überzeugt werden kann, daß ein sozial akzeptiertes Leben sich für ihn lohnt und daß der Therapeut ihm dazu verhelfen kann, hat eine So-

---

[49] HENDRIKS, P. A. M.: Die Dr. van der Hoeven-Klinik. Kennzahl: 1.320.75, März 1975, These II, S. 6.

zialtherapie - zumindest von der Motivation des Klienten her - Aussicht auf Erfolg"[50].

9.6. Die Einstellung zur Arbeit könnte man im wesentlichen ändern, wenn die Belohnung nicht nur einen symbolischen Charakter hätte, sondern mehr der Realität entspräche: Der erste Schritt ist schon seit mehreren Jahren gemacht worden, als die Chips durch Geld ersetzt wurden, ein Schritt, der nicht ohne Erfolg geblieben ist. Nach solchen grundsätzlichen Schritten sollten noch weitere gemacht werden. Ein Paradox darf nicht existieren: Als Taschengeld von der Justiz bekommen die Patienten monatlich DM 80,-- (seit 1983 angehoben auf DM 101,80), die höchste Belohnung für die Arbeit kann bis zu DM 55,-- monatlich betragen. Regelmäßige Arbeit wird nicht zuletzt als gesellschaftliche Tugend anerkannt und bedeutet für eine ganz kleine Gruppe unserer Patienten Fortsetzung des Lebensstils wie vor der Einweisung, für eine viel größere Patientengruppe bedeutet sie eine völlig neue Lebensqualität, die als feste Brücke zur Gesellschaft auf dem Wege der Sozialisierung ausgebaut werden soll.

Der therapeutische Prozeß der Besserung ist zwar ein allmählicher Verlauf und prinzipiell sollte die stufenweise Therapie beibehalten werden. Die Verlegungspraxis aber soll nicht ihr entscheidender Ausdruck sein. Die stufenweise Therapie müßte i n t r a s t a t i o n ä r ablaufen. Die Erfolge sowie Mißerfolge der Therapie soll ein intrastationäres Ereignis sein, in einer Umgebung, unter gleicher Gemeinschaft von Therapeuten und anderen Mitpatienten. Ereignisse kann man auf derselben Station im

---

50 Coigner, A., Weber, C.: Straffälligkeit, soziale Benachteiligung. Die Justizvollzugsanstalt als abweichendes Lernfeld. Basel, 1981, Kap. 18.3. Die Therapiemotivation, S. 209-213.

Rahmen eines Gruppengespräches ständig verarbeiten. Ein Verantwortungsgefühl für andere Mitpatienten würde man auch im Prozeß der Sozialisierung besser wecken und entwickeln können. Weil, wenn man das überhaupt vergleichen kann, die Entwicklungswege von den Mitgliedern in der Gesellschaft, z. B. ihr beruflicher Werdegang, ist ein s t u f e n l o s e r Prozeß und nicht immer von Versetzung begleitet, also ein i n t r a k o l l e k t i v e s Geschehen. Der Charakter des "Nichtklassifizierten" spricht gegen die Verlegungspraxis, die eine Entwicklung symbolisiert. Ein therapeutisches Konzept würde den Charakter des Gruppenvollzuges durch Errichtung von Wohngruppen ermöglichen, so daß "unter Einflußnahme aller Beteiligten in den Wohngruppen Lernprozesse ermöglicht werden können, die die Sozialdefizite ausgleichen"[51].

9.8. Es scheint sinnvoll, den ganzen Bereich dezentral umzustrukturieren. Das würde die Errichtung eines Diagnosezentrums bedeuten, wo die Patienten aufgenommen werden. Die Gesamtbeurteilung der Persönlichkeit sollte entscheidend sein in der Errichtung und Therapiegestaltung von weiteren forensisch-psychiatrischen Unterbereichen bei bestehenden baulichen Gegebenheiten. Ein Unterbereich würde Psychotiker und hirnorganisch Geschädigte aufnehmen können, ein anderer Bereich Persönlichkeitsgestörte. Im dritten Unterbereich würde man die Oligophrenen unterbringen können.

---

[51] Lippenmeier, N., Steffen, M.: Erfahrungen als Wohngruppenleiter. In: Wasch, W. (Hrsg.): Forensische Sozialtherapie, Erfahrungen in Düren, 16, C. F. Müller Juristischer Verlag Karlsruhe, Heidelberg 1977, S. 89.

9.9. Alle Unterbereiche brauchen sicherlich Kriseninterventionsräume für kurzfristige Isolationen, da mit Ausnahmezuständen gerechnet werden muß.

9.10. Die Bereichskonferenz, schon lange als das "große Tribunal" bekannt, würde sich erübrigen, ihre verantwortungstragende Rolle müßte auf Unterbereiche übertragen werden.

9.11. Regelmäßige Supervisionen von außenstehenden Experten sind unerläßlich, nicht als "Minensucher" oder "Konfliktdolmetscher", sondern "...als Verständigungstraining des Teams, das bei der Planung bereits auf viele eigene Probleme stößt, etwa im Bereich der Erfolgserwartung, der Überschätzung der eigenen Möglichkeiten, der eigenen Einstellung zur Delinquenz und deren sozialer Bewertung usw."[52].

9.12. Zur Gestaltung von besseren therapeutischen Beziehungen zu Patienten im forensischen Krankenhaus ist die Berufskleidung (es sei denn, bestimmte Interventionen aus dem somatisch-medizinischen Bereich werden vorgenommen) unnötig, schädlich, weil sie vielmehr Symbolstatus hat und damit Distanzierung hervorruft.

9.13. Die Prognosegutachten sollten im Diagnosenzentrum durchgeführt werden. Damit würde man die Rolle Gutachter/-Therapeut in Unterbereiche trennen können, das Diagnosezentrum würde auch die allgemeine Gutachteraufgabe übernehmen.

---

[52] Moser, T.: Zum Problem psychoanalytisch orientierter Supervision. In: Rasch, W. (Hrsg.): Forensische Sozialtherapie, 16, Erfahrungen in Düren, C. F. Müller, Juristischer Verlag, Karlsruhe, Heidelberg, 1977, S. 179.

9.14. Entmündigungspraxis soll, laut Gesetzestext, zum Schutze der Interessen des Betroffenen bleiben und nicht der Änderung der Rechtsgrundlage der Unterbringung im geschlossenen psychiatrischen Krankenhaus dienen.

9.15. Systematische fachforensische Ausbildung, statt sich auf Erfahrung zu verlassen.
Alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen im forensischen Bereich Eickelborn haben die Berufsgrundbildung; spezielle forensische Fortbildung gibt es nicht. Die zeitliche Länge der Tätigkeit im forensischen Bereich wird somit Maßstab der Einschätzung des Therapeuten. Man spricht auch von nicht überwindbarer Hierarchiesierung. Eine systematische Ausbildung für alle Berufsgruppen ist sicherlich wünschenswert. In Jugoslawien z. B. existiert sie für Ärzte nach abgeschlossener psychiatrischer Fachausbildung als Zusatzbezeichnung "Psychiater für Gerichtliche Psychiatrie", eine Universitätsausbildung von der Dauer eines Jahres und darauffolgender Fachprüfung[53]. Selbstverständliche rege Teilnahme an forensischen Fortbildungskursen und auch Veranstaltung von solchen im eigenen Bereich unterstützt die permanente Ausbildung.

9.16. Wie aus dem Anhang zu entnehmen ist, ist das Einzugsgebiet für unsere forensischen Patienten groß. Eine besonders hohe Zahl von eingewiesenen Patienten kommt aus hochurbanisierten Gebieten, in erster Linie aus dem Ruhrgebiet. Die Errichtung von regelmäßiger Außenfürsorge für entlassene forensische Patienten braucht zunächst eine gesetzliche Bestimmung. Man sollte aber die poststationäre

---

[53] Lopasic, R., Betlhein, S., Dogan, S.: Psychiatrija, Medicinska Knjiga, Beograd-Zagreb 1965, S. 243-245, nach eigener freier Übersetzung.

Entwicklung des Patienten gerade in der ersten kritischen Phase überwachen, unterstützen. Ambulante Tätigkeit würde eine Beratungsaufgabe einschließen, eventuell unter Einbeziehung des Bewährungshelfers. Im Falle einer drohenden Fehlentwicklung und mit Zustimmung des Gerichts könnte hierbei die Wiederaufnahme erfolgen, villeicht nicht unter der Formulierung Widerruf der Bewährung, sondern zur Nachbehandlung. Die Widerstände einer bestimmten Gruppe der ehemaligen Patienten wäre hierbei sicherlich zu erwarten, weil man die Kontakte mit dem Maßregelvollzug als Lebensphase meist hinter sich haben will. Schwierigkeiten für den Therapeuten entstünden dabei sicherlich auch aus Dissimulationstendenzen.

Gerade in psychiatrischen Disziplinen wie auch in der forensischen Psychiatrie bietet der Alltag dem Therapeuten sicherlich noch weitere abklärungs- und forschungsbedürftige Probleme wie:

9.17. Unter welchen Umständen erfolgen sogenannte Fremdbegutachtungen. Ihre Anregungen und Ergebnisse im Vergleich zur Einstellung des zuständigen Therapeuten.

9.18. Verhältnismäßigkeit als Grund der Entlassung aus dem Maßregelvollzug, wie weit und warum ergehen gerichtliche Entscheidungen, inwieweit besteht eine Diskrepanz zur Prognosebegutachtung des Therapeuten.

9.19. Wissenschaftlich medizinische Grundlage der sogenannten PPG (Penis-Plethysmographie), Ablauf der Untersuchung, Umstände, unter denen die Untersuchung abläuft, verwendetes Material und insbesondere die Aussagekraft der erreichten Kurve.

9.20. Die Nebenerscheinungen bei der Androcurbehandlung/-therapie (Gynäkomastie, Osteoporose ist bekannt, aber auch eine Dyshormonie, die im Serum festgestellt wird; Erhöhung von Prolactin und FSH, andererseits Minderung von Testosteronwerten) bei zwangsweise untergebrachten Sexualstraftätern.

9.21. Eine auffällige Regelmäßigkeit der Exazerbation von psychotischen Schüben unter Psychotikern, aber auch Ausnahmezustände bei anderen psychisch Gestörten werden im Zusammenhang mit anfälligen Überprüfungsterminen beobachtet. Entstehungs- und Verlaufsmechanismus mit auffälligem Abklingen nach abgeschlossener Überprüfung, würde eine Analyse wert sein können.

9.22. Analyse von erfolgten Widerrufen der ausgesprochenen Bewährung unter Aspekten von Auflagen und im Zusammenhang mit der ursprünglichen Straftat.

Die wissenschaftlichen Analysen könnten zu den schon umfangreich existierenden Forschungen in der forensischen Psychiatrie einen Beitrag leisten. Sie würden nicht nur akademischen Charakter haben, sondern an der Praxis orientiert und daher sicherlich nützlich sein. Gerade in der forensischen Psychiatrie als Zusammenhang der medizinischen und juristischen Wissenschaft brauchen die uns anvertrauten Patienten die wache und aufgeklärte Aufmerksamkeit.

Schematische Darstellung unseres Einzugsgebietes in den Maßregelvollzug innerhalb der BRD - ohne West-Berlin.

Literatur

(Nummer)

ARISTOTELES. Fünftes Buch über Gerechtigkeit (1129 b - 1130 a 10), aus Djuric, M. Geschichte der hellenischen Ethik, BIGZ, Beograd 1976, S. 393 (nach eigener freier Übersetzung). (1)

BINSACK, H. Längsschnittuntersuchungen bei nach § 42 b StGB (a. F.) untergebrachten männlichen Anstaltspatienten. Diss. Frankfurt 1973, S. 10. (6)

BLEULER, E. Lehrbuch der Psychiatrie. 14. Auflage, neu bearbeitet von Manfred Bleuler, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1979, S. 537. (38)

BÜRGERLICHES GESETZBUCH. In Kraft am 1.1.1980. 24. Auflage. Beck-Texte im DTV, S. 31 (abgekürzt: BGB) (13)

BGB, S. 315 (15)

BGB, S. 348 (14)

COIGNERAI-WEBER, C. Straffälligkeit, soziale Benachteiligung. Die Justizvollzugsanstalt als abweichendes Lernfeld. Basel, 1981, Kap. 18.3. Die Therapiemotivation, S. 209-213. (50)

CORNU, F. Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeitsdelinquenten aus forensisch-psychiatrischer Sicht. S. Karger, Basel-München-Paris-London-New york-Sydney, Bibliotheca Psychiatrica, Nr. 149, S. 102-116. (40)

GOLDSTEIN, A. Strukturierte Lerntherapie. München, Wien, Baltimore, 1978, S. 5 u. 6. (37)

GRETENCORD, L. und HEINZ, G. Auftrag und Leistung der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina, Dörr. 21.-Werk Heinemeyer, Heinz-K., 1983, S. 4. (47)

HANES, R. B., TAYLOR, D. W., SACKETT, A. L. Compliance-Handbuch (aus dem Vorwort), München-Wien. 1982, zitiert nach dem Deutschen Ärzteblatt vom 30.9.1983, Ausgabe B., S. 52. (36)

HEIDEGGER, aus SCHULTE-TÖLLE. Psychiatrie. 5. überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York, 1979, S. 303. (22)

HENDRIKS, P., A. M. Die Dr. van der Hoeven-Klinik, Kennzahl: 1.320.75, März 1975, These II, S. 6. (49)

JACOBSEN, E. Verwendung von Disulfiram (Antabus). Die Medizinische Welt. F. K. Schattauer-Verlag, Sonderdruck, Nr. 38, 23.9.1967, S. 1-15. (41)

KULHANEK, F. et al. Zur Interaktion von Kaffee und Tee-Infusen mit Neuroleptika. Deutsche Apotheker-Zeitung, Sonderdruck, Nr. 38, 18.9.1980, S. 1-19 (42)

LANGELÜDDEKE, A., BRESSER, P. H. Gerichtliche Psychiatrie. 4. Aufl., de Gruyter, Berlin-New York, S. 240-244. (43)

LAST, G. Zur Unterbringung von Oligophrenen und psychopathischen Kriminellen in psychiatrischen Anstalten. Hippokrates, Stuttgart 1969/70. Zitiert aus WÜNNERLEIN, H. Katamnestisch-psychopathologische Längsschnittuntersuchungen von Straftätern, die nach § 42 b StGB a. F. untergebracht worden sind. Diss., Kiel 1979, S. 1. (28)

LIPPENMEIER, N., STEFFEN, M.: Erfahrungen als Wohngruppenleiter. In: RASCH, W. (Hrsg.): Forensische Sozialtherapie. Erfahrungen in Düren. 16, C. F. Müller Juristischer Verlag Karlsruhe, Heidelberg 1977, S. 89. (51)

LOPASIC, R., BETHLEIN, S., DOGAN, S. Psihijatija, Medicinska Knjiga, Beograd, Zagreb, 1965, S. 243-245. (Nach eigener freier Übersetzung). (53)

MACHETANZ, E. Probleme der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nach einem Vortrag gehalten am 8.9.1982, vor der Akademie für Ärztliche Fortbildung" der Ärztekammer Westfalen-Lippe im WLK Haard in Marl-Sinsen, zitiert nach dem Westfälischen Ärzteblatt, 11/82, S. 905. (20)

MACHETANZ, E. S. oben, S. 905. (30)

MACHETANZ, E. S. oben, S. 906. (35)

MARTSCHKE, K. D. Bewährungstraining bei strafrechtlich Untergebrachten, Bezirkskrankenhaus Haar (Hrsg.) in "75 Jahre Bezirkskrankenhaus Haar-München", 1980, S. 278. (44)

MOSER, T. Zum Problem psychoanalytisch orientierter Supervision. Aus: Rasch, W. (Hrsg.): Forensische Sozialtherapie, 16, Erfahrungen in Düren. C. F. Müller Juristischer Verlag Karlsruhe-Heidelberg 1977, S. 179. (52)

RASCH, W. Gutachten zur Situation und Entwicklungsmöglichkeiten in der Durchführung des Strafvollzuges nach den §§ 63 und 64 StGB im forensischen Bereich des Westfälischen Landeskrankenhauses Eickelborn. Institut für forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin, 1982, S. 22. (7)

RASCH, W. S. oben, S. 26-32 (16)

RASCH, W. S. oben, S. 42 (17)

RASCH, W. S. oben, S. 43-44 (18)

RASCH, W. S. oben, S. 161 (48)

RITZEL, G. Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher. Habilitationsschrift Göttingen, 1978, S. 6. (2)

RITZEL, G. S. oben, S. 7. (3)

ROGERS, zitiert aus: SCHULTE-TÖLLE, Psychiatrie, 5. überarb. und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1979, S. 310-311. (24)

RUTH. USA. Fernsehsendung vom 11.3.1983. ZDF (29)

SCHULTE-TÖLLE. Psychiatrie, 5. überarb. Aufl., Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York 1979, S. 304-307. (23)

SCHULTE-TÖLLE. S. oben, S. 130-142. (39)

SCHULTE-TÖLLE. S. oben, S. 303. (46)

SCHULTE-TÖLLE. S. oben, S. 314. (25)

SCHULTE-TÖLLE. S. oben, S. 314-317. (27)

SCHULTE-TÖLLE. S. oben, S. 315. (26)

SCHUMANN, V. Konzepterstellung über Maßregelvollzug im WLK Benninghausen vom 24.6.1982, S. 1 u. 2 (31)

SCHUMANN, V. Psychisch kranke Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. Eine Querschnittsuntersuchung im WLK Eickelborn. Diss. 1983, Münster, S. 29. (19)

SCHUMANN, V. S. oben, S. 29. (33)

SCHUMANN, V. S. oben, S. 59. (32)

SCHUMANN, V. S. oben, S. 68. (34)

SCHUMANN, V. S. oben, S. 88. (45)

STRAFGESETZBUCH mit Änderungen des Gesetzes zur Bekämpfung der Umweltkriminalität. 19. Aufl. 1980, Beck-Texte im DTV, S. 55. (8)

StGB. S. oben, S. 40. (9)

StGB. S. früher, S. 41. (10)

StGB. S. oben, S. 59. (11)

StGB. S. oben, S. 60. (12)

STROTZKA, zitiert nach Schulte-Tölle. Psychiatrie. 5. überarb. und ergänzte Aufl., Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, New York, 1979, S. 303. (21)

WITTER, H. Grundriß der Gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin 1970, S. 195. (4)

WÜNNERLEIN, H. Katamnestisch-psychopathologische Längsschnittuntersuchungen von Straftätern, die nach § 42 b StGB a. F. untergebracht worden sind. Diss. Kiel 1979, S. 1. (5)

Übersetzung aus dem Serbo-kroatischen ins Deutsche

Universität in Belgrad - Studiubuch/Index
Dosie Nr. 19944
Sozialistische Republik Serbien - Universität in Belgrad
Nr. 9o12

P e t r o v i c L j u b o m i r, geb. am 1o. o5. 1947 in Belgrad, SR Serbien, jugoslawischer Staatsbürger, begann das Medizinstudium an Universität BELGRAD am 27. o9. 1967.

Siegel: Medizinische Fakultät der Universität in Belgrad — Sekretär der Fakultät (Unterschrift unleserlich)

Studiengang aus dem vorgelegten Index (Seiten 2 - 3o & 2 - 4)

Fach	Lehrer	Wochenstundenzahl Vorlesungen-Praxis
1. Wintersemester. Schuljahr 1967/68		
Anatomie	Doz. Dr. Negovanovic	3 - 4
Biologie	Doz. Dr. Davidovic	3 - 2
Chemie	Doz. Dr. Dugandzic	4 - 4
Einführung in d. Med.	Dr. Stankovic	2
Erste Hilfe I	Dr. Zdravkovic	2
Phisik	Prof. Dr. Kiric	2 - 2
Soziologie	Dr. Milanovic	2
2. Sommersemester. Schuljahr 1967/68		
Anatomie	Doz. Dr. Bogdanovic	2 - 4
Biologie	Dr. Begovic	2 - 3
Chemie	Dr. Rotovic	4 - 4
Erste Hilfe I	Dr. Zdravkovic	2
Geschichte der Medizin	Prof. Dr. Levental	2
Phisik	Dr. Kiric	2 - 2
Soziologie	Dr. Milanovic	2

Anmerkung (Seiten 8 & 9): Nach dem Beschluß Nr. 11o78 vom 1o. 11. 1967. Herrn Ljubomir Petrovic wird die an Philologischer Fakultät abgelegte Prüfung aus "Soziologie", anerkannt.

Hiermit wird amtlich beglaubigt, daß die ~~vor-~~ / umstehende ~~Abschrift~~ / Ablichtung mit der vorgelegten ~~Urschrift — Aus-~~ ~~fertigung~~ / [illegible] / ~~[illegible]~~ Übersetzung

~~der~~/des Studienganges vom 14.4.84

übereinstimmt.

Die Beglaubigung wird nur zur Vorlage bei DS

UNI Berlin

(Behörde)

erteilt.

Lippstadt 16, den 14.06.84

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
125

(Purwins)

Landesoberverwaltungsrat

3. Wintersemester. Schuljahr 1969/7o

Anatomie	Prof. Dr. Boskovic	3 - 4
Biochemie	Prof. Dr. Rakic	3 - 3
Erste Hilfe II	Dr. Stojnic	2
Hisologie	Prof. Dr. Cankovic	3 - 3
[illegible]logie	Prof. Dr. Skerovic	4 - 4

4. Sommersemester. Schuljahr 1969/7o

Biochemie	Prof. Dr. Rakic	3 - 3
Erste Hilfe II	Dr. Stojnic	2
Histologie	Prof. Dr. Cankovic	2 - 3
Phisiologie	Prof. Dr. Skerovic	6 - 4

5. Wintersemester. Schuljahr 197o/71

Klinische Propedeutik	Prof. Dr. Jovanovic	3 - 4 & 2
Mikrobiologie	Prof. Dr. Djurisic	3 - 2
Mikrobiol. Pathologie	Prof. Dr. Ignjacev	2
Obduktionsübungen	Prof. Dr. Ignjacev	1
Pathol. Anatomie	Prof. Dr. Ignjacev	5 - 2
Pathol. Phisiologie	Prof. Dr. Orescanin	3 - 4

6. Sommersemester. Schuljahr 197o/71

Innere Medizin	Prof. Dr. Naidanovic	3 - 6
Mikrobiologie	Prof. Dr. Djurisic	3 - 2
Obduktionsübungen	Prof. Dr. Ignjacev	1
Pathol. Anatomie	Prof. Dr. Ignjacev	5 - 2
Pathol. Histologie	Prof. Dr. Ignjacev	2
Pathol. Phisiologie	Prof. Dr. Orescanin	4 - 3
Phthiseologie	Prof. Dr. Laban	12 - 6 & 18
Radiologie	Dr. Ljubisavljevic	1 - 1
Sozialmedizin	Dr. Petrovic	1 - 1

Vermerk: Sommerpraxis der I n n e r e e M e d i z i n

7. Wintersemester. Schuljahr 1971/72

Balneoklimatologie	Prof. Dr. Godic	2 - 1
Chirurgie	Prof. Dr. Bukurov	2 - 3
Dermatovenerologie	Prof. Dr. Perisic	1 - 2
Epidemiologie	Prof. Dr. Krainovic	1 - 2
Infekt. Krankheiten	Prof. Dr. Nikolic	2 - 2
Innere Medizin	Prof. Dr. Jovanovic	4 - 6
Neuropsychiatrie	Prof. Dr. Gospavic	2 - 3
Pharmakologie	Prof. Dr. Bogdanovic	3 - 2
Radiologie	Prof. Dr. Magarasevic	1 - 1

8. Sommersemester. Schuljahr 1971/72

Chirurgie	Prof. Dr. Bukurov	1 - 3
Dermatovenerologie	Prof. Dr. Perisic	1 - 2
Epidemiologie	Prof. Dr. Krainovic	1 - 2

Hiermit wird amtlich beglaubigt, daß die ~~vor~~ / umstehende ~~Abschrift~~ / Ablichtung [illegible] vorgelegten ~~[illegible]~~ Übersetzung ~~[illegible]~~ / [illegible] ~~[illegible]~~

~~durch~~ des [illegible] vom 14.4.84

[illegible]

Die Beglaubigung [illegible] [illegible]

UN, Berlin

(Behörde)

erteilt.

Lippstadt 16, den 14.06.87

(Purwins)

Landes[illegible]verwaltungsrat

Infekt. Krankheiten	Prof. Dr. Nikolic	2 - 1
Innere Medizin	Prof. Dr. Najdanovic	4 - 6
Neuropsychiatrie	Prof. Dr. Stojiljkovic	2 - 3
Pharmakologie	Prof. Dr. Bogdanovic	2 - 2
Phisikal. Med. & Rehabilitat.	Prof. Dr. Milicevic	1 - 2

Vermerk: Sommerpraxis aus der C h i r u r g i e

9. Wintersemester. Schuljahr 1972/73

Augenheilkunde	Dr. Blagojevic	1 - 1
Chirurgie	Prof. Dr. Petkovic	2 - 7
Hygiene	Prof. Dr. Savicevic	2 - 3
Geburtshilfe	Doz. Dr. Husar	1 - 2
Gynäkologie	Prof. Dr. Stolevic	1 - 2
Gerichtl. Medizin	Prof. Dr. Djordjevic	2 - 3
Otorhynolaryngologie	Prof. Dr. Stefanovic	1 - 1
Pädiatrie	Prof. Dr. Zujovic	3 - 4
Sozialmedizin	Prof. Dr. Savicevic	1 - 1

1o. Sommersemester. Schuljahr 1972/73

Arbeitsmedizin	Prof. Dr. Popovic	1 - 1
Augenheilkunde	Prof. Dr. Blagojevic	1 - 1
Chirurgie	Prof. Dr. Petkovic	1 - 3
Hygiene	Prof. Dr. Savicevic	2 - 2
Geburtsheilkunde	Prof. Dr. Husar	1 - 2
Gynäkologie	Prof. Dr. Stolevic	1 - 2
Gerichtsmedizin	Prof. Dr. Djordjevic	2 - 3
Kriegschirurgie	Prof. Dr. Rasovic	2 - 2
Odontostomatologie	Prof. Dr. Jokovic	1 - 1
Otorhynolaryngologie	Prof. Dr. Stefanovic	1 - 1
Pädiatrie	Prof. Dr. Zujovic	2 - 3
Sozialmedizin	Prof. Dr. Savicevic	. 1

Schluß der Übersetzung

==========

"Die Übereinstimmung der Übersetzung mit vorliegendem Original wird hiermit bestätigt."

3003 Ronnenberg, I9.04.I984

Angelika Pavlovic

Allgemein beeidigte Dolmetscherin für die Gerichte und Notare des Landgerichtsbezirks Hannover

ANGELIKA PAVLOVIC
Gerichtsdolmetscherin für Serbokroatisch
Übersetzungen für Industrie, Wirtschaft und Behörden

Hiermit wird [illegible] / umstehende
~~[illegible]~~ [illegible] ~~[illegible] Aus-~~
~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ Übersetzung
~~[illegible]~~ [illegible] vom 13.4.84
[illegible]
[illegible] d.s. ....
UN, Berlin ....
[illegible]
erteilt
Lippstadt 16, den 14.[illegible].84

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
125

(Furwins)
[illegible]

D a n k s a g u n g

Für die wissenschaftliche Betreuung und Anregung dieser Arbeit danke ich Herrn Professor Dr. med. Wilfried RASCH.

Mein Dank gilt auch dem stets freundlichen Entgegenkommen der Mitglieder unseres therapeutischen Teams.

Besonderen Dank schulde ich Herrn Dr. med. Achim TEUBER, unter dessen Leitung ich die forensische Psychiatrie praktisch gelernt habe.

Ich danke auch Frau WAGNER, die mit viel Geduld die Arbeit geschrieben hat.

==========

Lebenslauf

Ich bin am 10. Mai 1947 in Beograd geboren. Meine Eltern, jetzt Rentner, waren bei der Jugoslawischen Bundesbahn tätig, der Vater, Petar Petrovic als Beamter, die Mutter, Zorka Petrovic, geborene Marinkovic, als Dolmetscherin für Deutsch und Französisch.

Nach abgeschlossenem Besuch der Grundschule und des Gymnasiums - Maturaarbeit Deutsch: Stefan Zweig und seine Werke - habe ich mich für Literatur mit fremden Sprachen (Italienisch, Spanisch und Deutsch) an der philologischen Fakultät der Universität Beograd eingeschrieben und die ersten zwei Jahre abgeschlossen. Mein Medizinstudium begann ich 1967 an der medizinischen Hochschule der Universität Beograd. Das Studium habe ich 1974 abgeschlossen. Nach Abschluß des praktischen Jahres und Absolvierung des Militärdienstes habe ich das Staatsexamen im Februar 1976 in Beograd abgelegt. Danach war ich in der allgemeinen Medizin in der Provinz tätig bis zu meiner Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland.

Die Fachausbildung zum Arzt für Psychiatrie und Neurologie begann ich im April 1977 in der Anstalt Bethel bei Bielefeld; in der neurologischen Abteilung des evangelischen Krankenhauses Herne setzte ich diese fort und beendete die Ausbildung im Westfälischen Landeskrankenhaus Eickelborn. Nach abgeschlossener Fachausbildung habe ich die Prüfung vor der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster im April 1983 abgelegt.

Seit dem 1.4.1981 bin ich im Forensischen Bereich des Westfälischen Landeskrankenhauses Eickelborn tätig.

Lippstadt, den 23. Juli 1984

Studiengang der besuchten Hochschulen:

Philologische Fakultät der Universität Beograd
(Semester: 1966/67 und 1967/68)

Deutsch	Prof. Jovanovic
Englisch	Prof. Radovanovic
Erste Hilfe I & II	Prof. Kruscic
Italienische Grammatik	Prof. Jeremic
Italienische Kultur	Prof. Slenc
Italienische Lektüre	Prof. Music
Italienische Literatur	Prof. Sequi
Italienische Lit. 14. Jhdt,	Prof. Stipcevic
Italnienische Sprache	Prof. Jeremic
	Prof. Krmpotic
Italienische Sprachübungen	Prof. Slenc
	Prof. Jeremic
Latein I & II	Prof. Flasar
Phonetik	Prof. Klein
Spanische Grammatik I & II	Prof. Samurovic
Spanische Sprache I & II	Prof. Prenc
Soziologie	Prof. Ilic

Medizinische Hochschule der Universität in Beograd
(Semester von 1967/68 bis 1973/74

Anatomie	Prof. Bogdanovic
	Prof. Negovanovic
	Prof. Boskovic
Arbeitsmedizin	Prof. Popovic
Augenheilkunde	Prof. Blagojevic
Balneoklimatologie	Prof. Godic
Biochemie	Prof. Rakic
Biologie	Prof. Davidovic
	Prof. Debelkov
Chemie	Prof. Trpinac
	Prof. Rotovic
	Prof. Dugandzic
Chirurgie (mit Odontostomatologie, Kriegschirurgie, Orthopädie und Neurochir.)	Prof. Bukurov
	Prof. Rasovic
	Prof. Petkovic
Dermatologie	Prof. Perisic
Einführung in die Medizin	Prof. Stankovic
Epidemiologie	Prof. Krainovic
Erste Hilfe	Prof. Zdravkovic

Gerichtsmedizin	Prof. Djordjevic
Geschichte der Medizin	Prof. Levental
Gynäkologie u. Geburtshilfe	Prof. Stolevic
	Prof. Husar
Histologie	Prof. Cankovic
	Prof. Pantelic
Hygiene	Prof. Savicevic
Innere Medizin	Prof. Invanovic,
	Prof. Najdanovic
	Prof. Jovanovic
Infektive Medizin	Prof. Nikolic
Klinische Propedeutik	Prof. Jovanovic
Mikrobiologie mit Parasitol	Prof. Djurisic
Neuropsychiatrie	Prof. Stojikjovic
	Prof. Gospavic
	Prof. Moric
Otorhinolaryngologie	Prof. Stefanovic
Pathophysiologie	Prof. Orescanin
	Prof. Mihajlovic
Pathologie (mit pathol.	Prof. Ignjacev
Anatomie, Histologie,	Prof. Kanjuh
Obduktionsübungen)	
Pädiatrie	Prof. Zujovic
Physik	Prof. Kiric
Physikalische Med. & Rehabil.	Prof. Milicevic
Physiologie	Prof. Skerovic
Phthiseologie	Prof. Laban
Radiologie	Prof. Ljubisavljevic
	Prof. Magarasevic
Sozialmedizin	Prof. Savicevic
	Prof. Petrovic
Soziologie	Prof. Ilic